

Univerzita Karlova
Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

Priority spokojeného stáří

The preference of satisfied old age life

Vedoucí práce
MUDr. Jiřina Ondrušová

Autor práce
Anežka Matysová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce MUDr. Jiřině Ondrušové za odborné vedení a poskytování rad při zpracovávání bakalářské práce.

Anežka Matysová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne 27. 6. 2012

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou spokojenosti ve stáří. Teoretická část je zaměřena na obecné informace o stáří v oblasti somatických a psychických změn spolu s demografickými údaji a rolí stáří v dnešní společnosti, dále na kvalitu života, typická onemocnění, na celkovou spokojenost a její možné aspekty. Praktická část popisuje na základě dotazníkového šetření konkrétní faktory, které ovlivňují spokojenost, porovnává jejich vzájemný vztah a definuje hodnotové priority spokojenosti ve stáří.

Klíčová slova

Stárnutí, stáří, kvalita života, zdraví, spokojenost, well- being

Annotation

The thesis deals with the issues consider satisfaction in a old age. The theoretical part presents the information about an old age in ganeral. It highlights physical and psychological changes dutiny the life. Furthermore it deals with the quality of life in an old age and consider also the illnesses as an important factor. It discuss the satisfaction and it's single aspects.

The empirical part describes particular factors as an autor of the human satisfaction. The utilized Metod of the thesis is questionnaire. In this part the leader can find the particular factors depending on a single respondent's life which impact their subjective satisfaction during the hole life.

Keywords

The process of getting old, old age, health, quality of life, satisfaction, well- being

Obsah

ÚVOD.....	6
1. CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ.....	8
1.1 Psychické změny ve stáří.....	10
1.2 Stáří ve společnosti 21. století.....	13
1.3 Demografie stárnutí a stáří.....	15
2. KVALITA ŽIVOTA.....	19
2.1 Vymezení pojmu kvalita života.....	20
2.2 Dimenze kvality života.....	22
2.3 Měření kvality života.....	22
2.4 Kvalita života ve stáří.....	23
3. ONEMOCNĚNÍ OMEZUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA SENIORŮ.....	27
3.1 Stáří a nemoc.....	27
3.2 Onemocnění pohybového ústrojí.....	30
3.3 Onemocnění psychická.....	32
4. SPOKOJENOST VE STÁŘÍ.....	37
4.1 Základní pojmy.....	37
4.2 Osobní pohoda (well-being).....	37
4.4 Dimenze osobní pohody.....	38
4.5 Faktory ovlivňující spokojenost seniorů.....	41
5. ZJIŠŤOVÁNÍ PRIORIT SPOKOJENOSTI VE STÁŘÍ.....	44
5.1 Cíl výzkumného šetření, formulace hypotéz, výzkumné metody.....	44
5.2 Stručný popis cílové skupiny, časový plán.....	45
5.3 Výsledky empirického výzkumného šetření.....	46
5.4 Závěr výzkumu.....	51
ZÁVĚR.....	52
POUŽITÁ LITERATURA.....	53
SEZNAM PŘÍLOH.....	55
PŘÍLOHA Č. 1.....	56

ÚVOD

*„ Dbejme, aby nám stáří
neudělalo vrásky také na duši,
když je dělá na tváři ”*
Michel de Montaigne

Téma, kterým se zabývám ve své bakalářské práci zní Priority spokojeného stáří. Vybrala jsem si jej proto, že předmětem mého předchozího studia byla péče o seniory. Problematiku spokojenosti a kvality života ve stáří proto vnímám jako velmi aktuální a zajímavou, zejména proto, že se týká každého člověka a zároveň celé společnosti.

V širším pojetí se setkáváme se stářím v rámci rodiny, příbuzných, přátel. Od raného věku se setkáváme se starými lidmi, trávíme čas s prarodiči, vytváříme si k nim vztah a vnímáme, že jsou srdcem rodiny minimálně ve smyslu uchovávání a šíření rodinných tradic a mravních zásad. Na tomto základě též vzniká forma dialogu mezi mládím a stářím, což může, za předpokladu vzájemné úcty, vést k přínosnému vztahu, který se poté promítá do obrazu celé společnosti.

V užším slova smyslu se jedná o vlastní stáří jedince a vyrovnání se s ním. Vyrovnat se se stářím může být z mnoha hledisek složité a na psychiku jedince v tomto procesu působí mnoho faktorů. Důležitým aspektem stáří je celková spokojenost, která je do jisté míry odrazem životní spokojenosti a úspěchů, ale také kvality prožitého života. Dalším předpokladem se stává i osobní vyrovnanost, jež může výrazně přispívat ke spokojenosti. Samozřejmě také záleží na charakterových vlastnostech daného seniora. Ty se mohou projevat v průběhu celého života, stáří nevyjímaje. V některých případech ovlivní subjektivní náhled na situaci natolik, že se senior v žádné situaci není schopen cítit spokojený. Někteří senioři jsou naopak životními optimisty, kteří se dokáží radovat i přes nelehké životní podmínky a mnohé těžkosti. Co je tedy potřeba k tomu být spokojen? Ke spokojenému životu může každý z nás potřebovat jiné hodnoty, každý také vnímá spokojenost podle vlastních měřítek, formovaných dle svých individuálních potřeb.

Pojem spokojenosti lze obecně spojovat se : zdravím, štěstím, aktivitou, pohodou, rodinou, vírou, nebo materiálními podmínkami. Záleží na tom, abychom žili život plnohodnotně, naplněně a radostně, abychom měli co hodnotit a mohli mít pocit spokojenosti, nezávisle na tom, zda prožité věci byly pozitivní, či negativní.

Cílem práce je popsat faktory související se spokojeností ve stáří, porovnat jejich vzájemný vztah vzhledem ke spokojenosti a určit hodnotové priority spokojenosti.

Práce je rozdělena do pěti kapitol. V prvních třech kapitolách se zabývám obecnými informacemi o stáří a specifických změnách ve stáří, kvalitou života v tomto životním období včetně základních aspektů, které se na kvalitě života podílí a onemocněními, jež jsou pro staré lidi typická a omezující. Čtvrtá kapitola věnovaná spokojenosti obsahuje základní pojmy a faktory působící na spokojenost seniorů. V páté kapitole jsou popsány výsledky výzkumného šetření, jimiž jsem zjišťovala priority spokojenosti ve stáří.

1. CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ

V první kapitole chci pojednat obecně o pojmu stáří a pomocí rozdělení stáří do několika důležitých hledisek tak proniknout hlouběji k cíli své práce, to znamená vymezení a stanovení faktorů, které toto údobí života činí dle možností spokojeným a hodnotným. Zároveň chci objasnit určité aspekty z hlediska společnosti vůči stárnoucím jedincům, které mají na stále se vyvíjející postoj společnosti k chápání života seniorů. Chci se dotknout i biologických a psychosociálních proměn, které jsou vzhledem ke stárnutí u člověka nevyhnutelné.

„Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako fenotyp křehkosti.“ (Kalvach a Mikeš, 2004, s. 47)

Fenotyp křehkosti se projevuje deficitem kognitivními, senzorickými, zvýšenou únavou, spánkovou diverzí, hubnutím, nechutenstvím, úbytkem svalové hmoty, chronickou bolestí a instabilitou s pády.

Podle Pichauda a Thareauové (1998) přináší stárnutí primárně změny struktury (morfologie) a následně změny funkcí (zpomalování a úbytek). Stáří je tedy výsledkem procesu stárnutí a vývojovou etapou lidského života. Dá se říci, že to, jak daný jedinec žil celý život, souvisí do úzce s prožíváním vlastního stáří. To je dáno návazností jednotlivých životních etap, prožité zkušenosti mají ve stáří nezastupitelné místo.

Důležitými aspekty se pro prožívání stáří stávají i kvalita života v průběhu života a osobní spokojenost.

Kalvach (2004) člení stáří dle různých hledisek na:

Kalendářní stáří

Je jednoznačně vymezitelné, ale nepostihuje rozmanité, interindividuální rozdíly. Jeho počátkem je datum narození. Věková hranice se neustále posouvá a lepší se funkční a zdravotní stav nově stárnoucí generace. V praxi například může podle kritérií kalendářního

stáří vznikat jediní nárok na odchod do starobního důchodu, ale jeho skutečný, biologický stav tomuto zařazení neodpovídá. Vlastní stáří nastává ve věku 75 ti let.

Současné orientační členění stáří:

65- 74 let: mladí senioři- aktivity, problematika seberealizace, penzionování, volného času

75- 84 let: staří senioři- problematika stonání, ztížené adaptace, osamělosti, tolerance zátěže

85 let a více: velmi staří senioři- problematika zabezpečení a soběstačnosti

Sociální stáří

Postihuje změnu sociálních rolí a potřeb seniorů, životní styl i ekonomické zajištění. Pojem sociální stáří upozorňuje na společné zájmy a rizika seniorů. Senior se vyrovnává se změnami, jako jsou ztráta životního programu, pokles životní úrovně, ztráta společenské prestiže, hrozba ztráty soběstačnosti, adaptace na penzionování, věková diskriminace a segregace (ageismus).

Lidský život lze dále periodizovat pomocí čtyř věků- období:

- První věk- předproduktivní- období dětství a mládí, období přípravy na životní dráhu, získávání sociálních zkušeností, učení.
- Druhý věk- produktivní- období dospělosti, střední věk života charakteristický produktivitou biologickou (založením rodiny) a ekonomicko- sociální (pracovní) produktivitou.
- Třetí věk- postproduktivní- zahrnuje stáří jedince, odchod do důchodu. Tento pojem navozuje dojem stařecké nepotřebnosti a ekonomické nepřínosnosti. Může se stát nebezpečným základem podceňování, diskriminace a přehlížení potřeb seniorů. Toto hledisko potlačuje možnost procesu celoživotního osobnostního růstu.
- Čtvrtý věk- období závislosti- vzbuzuje představu ztráty soběstačnosti jako nezbytného důsledku dlouhého života. Je tedy nevhodným označením, protože odporuje konceptu úspěšného stárnutí a zdravého stáří.

Biologické stáří

Hodnotí funkční stav, označuje konkrétní míru změn orgánových soustav a příslušných orgánů, tedy úbytek těchto funkcí, které u daného jedince vznikají následkem involuce. Tělesné buňky jsou schopny se omezeně obnovovat. Proces biologického stárnutí je dán genetickým programem a působením dalších činitelů jako jsou vliv vnějšího prostředí a kvalita života. U seniorů je podmíněno vitalitou, zdatností a zdravím. Jedná se o proces probíhající u jedinců různým tempem.

Biologické stáří znamená především spoustu nevyhnutelných změn, týkajících se fyzického stavu jedince. Jsou to somatické změny, které mnohdy vedou k četným psychickým změnám a podstatně odlišnému postoji k životu.

V důsledku biologického stáří dochází podle Kalvacha (2004) k somatickým změnám, mezi které patří zejména změny nervového systému a v jejich důsledku patologické snížení intelektových schopností, dále jsou to změny v pohybovém systému, kde se jedná zvláště o poruchy rovnováhy a koordinace. Důležité jsou změny týkající se oběhového systému, projevuje se ateroskleróza a hypertenze. V systému trávení dochází k celkovému zpomalení a úlohu hrají i změny v chrupu. Klesá funkce štítné žlázy, ledvin a plic.

Somatické změny dále působí na pokles smyslového vnímání. Stuart- Hamilton (1999) uvádí, že se zpomaluje zpracovávání zrakových podnětů, časté jsou šedý a zelený zákal, dochází k oslabení sluchu, které může vést k nedoslýchavosti.

Jak potvrzuje Holmerová a kol. (2003), obecně platí, že s vyšším věkem chuť ubývá. Čich pravděpodobně s přibývajícím věkem neslábne tak výrazně, jak je tomu u chuti. Hmatová čidla jsou uložena v kůži, proto následkem vrásky a ztenčování kůže dochází ke změně. Mění se citlivost hmatu, proto je třeba větší stimulace pro registrování dotyku. Vnímání bolesti je ve stáří charakteristické schopností snášet intenzivnější podněty. Měření snášenlivosti bolesti je vázáno etickými pohledy, proto není lehké určit objektivní měřítko pro její vnímání.

1.1 Psychické změny ve stáří

„Pro stárnutí je charakteristický úbytek řady duševních funkcí, podmíněný přirozenými změnami na úrovni biologické. Úbytek nastává pozvolna, v některých složkách už ve středním věku dospělosti.“ (Wolf, 1982, s. 133)

Tyto změny mohou být podmíněny biologicky, nebo mohou být důsledkem psychosociálních vlivů. Proces měnící se psychiky je u seniorů vysoce individuální a to jak z hlediska doby kdy se změny projeví a v jaké intenzitě, tak i z hlediska způsobu reakce na ně. (Vágnerová 2007)

Biologicky podmíněné změny v prožívání, uvažování a chování seniorů mohou být klasickým projevem stárnutí. Jsou to: celkové zpomalení, zhoršení paměti projevující se obtížemi zapamatování a vybavování, snížení frustrační tolerance.

Psychosociálně podmíněné změny nejsou pouze projevem biologického stárnutí, ale jsou ovlivněny sociálními faktory. Patří sem třeba tlak společnosti vyvíjený na seniory, který očekává, že senioři přijmou automaticky modely chování a postoje mající pro ně různé rozdílné důsledky.

Psychické změny ve stáří mohou ovlivnit životní styl i některé návyky. Určité dovednosti již nejsou potřebné a užívané, proto jsou zapomenuty a může dojít ke vzniku modelu života seniorů, který pracuje pouze s myšlenkou potřeby minima dovedností a osobní snahy k jeho zvládnutí. To může mít za následek celkový pokles životní úrovně seniorů.

Proměna kognitivních funkcí je velice významným rysem psychického stáří. Schopnost využití potenciálu kognitivních procesů po 60. roce života začíná klesat. Kognitivní kompetence seniorů jsou důležité zejména ve schopnosti žít nezávisle na jiné osobě a tím si udržet potřebnou kvalitu života a zachovat autonomii.

Vágnerová (2007) uvádí, že ve stáří se výrazně zpomaluje proces poznávání a následně se prodlužuje délka reakcí. Ke zpomalení kognitivních procesů u seniorů dochází nezávisle na situaci. To má za následek několikanásobné prodloužení doby k realizaci určité činnosti. Pro seniory je důležité mít dostatek času na zpracování a porozumění informacím a následně na tyto podněty reagovat.

Důraz na rychlost při různých operacích má u seniorů negativní výsledek, ke kterému přispívá i nízká odolnost vůči stresu a rychlá unavitelnost seniorů. Rychlost může působit jako silný stresor. Ve stáří je preferován pomalejší přístup, přínosem je pečlivost, trpělivost a rozvážnost.

Následkem psychického stáří se podle Vágnerové (2007) mění:

Percepce- zhoršení zrakových a sluchových funkcí má za následek ztížený, nebo narušený příjem podnětů, nezbytných pro orientaci v prostředí. Percepční deficity mohou ovlivňovat další poznávací procesy. Senioři využívají kompenzační pomůcky. Sociální

význam pomůcek může svádět k sociální stigmatizaci seniorů. Na jedné straně stojí ostých pomůcky využívat a problém se na jejich využívání adaptovat, na straně druhé hrozí sociální izolace a ztráta sociálních vazeb. Někteří senioři z obavy o problémy raději volí samotu v soukromí.

Pozornost- efektivita pozornosti se v průběhu stáří mění. Koncentrace pozornosti se zejména při provozování známých činností mění méně. Kvalita pozornosti je obecným měřítkem pro posuzování kognitivních funkcí ve stáří. Problémy nastávají v přesouvání pozornosti na různorodé podněty a ve vykonávání dvou různých činností současně. Problémem je též dělit pozornost, selektivně vnímat pouze některé podněty, zpracovat více informací najednou.

Paměť- potíže s pamětí se začínají projevovat již v raném stáří. V závislosti na paměti se též zhoršují potíže v učení. Zhoršuje se vštěpování a reprodukce nových informací a schopnost vybavení dřívějších informací z dětství a mládí je zachována. Krátkodobá paměť bývá narušena, dlouhodobá zachována.

Zhoršení paměti je individuální proces, může mít více příčin. Mimo míru rozumových schopností a frekvenci užívání paměti se na uchování paměti podílí také vzdělání. „ *Ukázalo se, že paměť funguje hůře u lidí s nižším vzděláním a z toho vyplývajícími stereotypy, např. tendencí k rezignaci, intelektuální nečinnosti a redukci zájmů*” (Tošnerová, 1988, in Vágnerová, 2007, s. 322). Podle Vágnerové (2007) totiž při trénování paměti dochází k uchovávání funkcí po delší dobu.

Rozumové schopnosti- intelektové funkce prochází změnami, avšak zachovat rozumové schopnosti na přijatelné úrovni lze skrz provozování rozmanitých intelektuálních aktivit. Prostřednictvím tréninku se rozumové schopnosti dále rozvíjejí.

Fluidní inteligence viditelně ubývá následkem změny funkcí CNS. Jak uvádí Stuart-Hamilton (1999), fluidní inteligencí rozumíme schopnost řešit problémy bez ohledu na předchozí vzdělání. Jde o schopnost pohotově řešit nové problémy. Naproti tomu krystalická inteligence udává množství získaných vědomostí v průběhu života. Krystalická inteligence se podle Vágnerové (2007) zásadním způsobem mění až po 70. roce života. Zde se projevuje schopnost používat dříve osvojené způsoby chování a dovednosti.

Uvažování seniorů se vyznačuje se tendencí k dogmatismu, rigiditou- ulpívavostí a rozvlácností uvažování, senioři jednají v typických postupech. Odmítají nové a neznámé

přístupy. Senioři také preferují stereotypy a využívají rutinních postupů. Pozitivním rysem je stabilita názorů a postojů seniorů.

Ve stáří se mění potřeby a hodnoty seniorů. Do popředí vstupují hodnoty: zdraví, bezpečí, citové vazby, akceptace. Mění se také vztahy k ostatním lidem. Senioři mnohdy eliminují společenské vztahy, naopak potřebují mít silnou vazbu na nejbližší lidi, příbuzné a známé, což jim dodává potřebu jistoty a bezpečí. Změnami prochází citová, emoční stránka seniorů. Mohou se vyskytovat sklony k pesimismu, plačtivost a podrážděnost. Ve vyšším věku vznikají následkem emoční lability, psychické problémy a deprese. Sebehodnocení seniorů je mnohdy přísné s výraznou předností negativních znaků, může ale vést k přehnaně sebevědomému výsledku.

1.2 Stáří ve společnosti 21. století

Seniorů ve společnosti stále přibývá. V průběhu historie nebylo běžné dožívat se tak vysokého věku, kterého se dožívají dnešní senioři. Jak uvádí Stuart- Hamilton (1999), do sedmáctého století se téměř nikdo nedožil věku vyššího 65 ti let. Počet jedinců, kteří přesáhli tuto hranici, byl odhadnut na jedno procento populace. Zvyšující se věk bezprostředně souvisí s neustálým prodlužováním délky života a s postupným zlepšováním funkčního a zdravotního stavu seniorů.

Podle Klevetové a Dlabalové (2008) je vysoký počet seniorů ve společnosti signálem pro zaměření veřejnosti na problematiku seniorů a též signálem pro zvýšenou potřebu geriatrické péče. Péče o seniory by měla zohledňovat všechny složky osobnosti seniora a vytvářet podmínky pro udržení životní spokojenosti a kvality života .

Mělo by být v zájmu široké veřejnosti primárně přispívat ke zlepšení kvality života svých blízkých- seniorů. Stáří zaujímá v dnešní společnosti odlišné postavení, nežli dříve. Je to dáno mnoha důvody, za všechny hovoří fakt, že rozsáhlou proměnou prochází mimo jiné i struktura rodiny (výrazně klesá počet sňatků) a rodinných vztahů (snižuje se počet narozených dětí, přibývá rozvodů). To se samozřejmě odráží v celé společnosti.

Senioři již nesdílejí společnou domácnost se svými dětmi, popřípadě vnoučaty. Malé děti nejsou v běžném kontaktu se stářím. Z řad střední generace se obecně vytrácí smysl pro zodpovědnost a výchovu k úctě ke stáří. Zatímco v dřívějších dobách bylo stáří obecně bráno přínosně a společnost jej považovala za zdroj životní moudrosti a zkušeností, dnes se díky společenské situaci dostává do pozadí hodnotového žebříčku.

Do popředí se naopak dostávají priority spojené s kultem mládí, krásy, ekonomicky-produktivní přínosnosti, síly, vytváření osobitých životních stylů, asertivita, flexibilita a celoživotní honba za materiálním komfortem.

Objevuje se ageismus, což znamená diskriminace na základě věku. Stal se základním kamenem pro negativní představy o stáří typu stáří je nemoc, staří lidé nemohou obohatit naši společnost apod.

„Ageismus znamená omezení sociálních rolí a statusu seniorů, strukturuje očekávání druhých vůči nim, odpírá jim rovné příležitosti, v mnoha ohledech snižuje jejich životní šance.“ (Sýkorová, 2007, s. 50).

Ve společnosti se jedná o diskriminaci vyplývající z různých příčin. Jak uvádí Sýkorová (2007), strukturní ageismus je orientován na neoddělitelné spojení ekonomické aktivity a sociálního statutu. Jinými slovy pro seniory, kteří dosáhli dané věkové hranice a ztratili možnost být ekonomicky produktivními jedinci, nastává těžká situace, neboť nemohou pracovat a stávají se ekonomickým břemenem pro společnost. Naproti tomu existuje jiná forma ageismu, zakládající se na soucitném chápání stáří a seniorů, jakožto politicky a společensky znevýhodněných jedinců. Ve výsledku jsou senioři chápáni jako nežádoucí prvek společnosti, který zvyšuje výdaje státu na zdravotní a sociální péči a je příčinou mezigeneračních konfliktů.

Ageismus je ve společnosti patrný na trhu práce, ve zdravotnických a ostatních službách, prostřednictvím mezigenerační izolace, projevy pohrdání a posměchu. Ageismus je ve společnosti projevován i prostřednictvím jazyka. Podle Sýkorové (2007) se v mnohých sociálních zařízeních často setkáváme s rozmanitými označeními seniorů, které vedou k infantilizaci sociální role seniorů. V souvislosti se stářím se v odborné literatuře nabízí řada termínů evokující ztráty funkcí, chronická onemocnění, ztrátou síly, energie a postupnou ztrátou důstojnosti, jako typického a nevyhnutelného obrazu stáří. Chybná hlediska vnímání a posuzování stáří mohou být spolu s negativním hodnocením specifických změn ve stáří zdrojem vytváření negativních postojů, proto je důležité vytvářet příznivé podmínky pro mezigenerační dialog.

V rámci srovnávání generací na podkladě myšlenek ageismu dochází mnohdy k závěrům, že stáří je nemoc. Chybným postupem, ke kterému v rámci ageismu může docházet, je srovnávání situace mladší generace s generací seniorů. Mladý jedinec nemá za sebou podstatnou většinu životní dráhy, proto nelze sledovat vývoj a postup zhoršení funkcí apod.

Stuart- Hamilton (1999) upozorňuje, že stárnutí je fází lidského vývoje, je proto nutné, posuzovat jej jako součást kontinuální proměny. Proto je třeba zohlednit všechny souvislosti a všechny aspekty působící na jedince- seniora v průběhu života. (Pichaud, Thareauová, 1998)

Skutečnost, že kromě změn a omezení ve stáří, je jedinec také jistým způsobem obohacován a dále se rozvíjí, je opomenuta.

Následkem obecně negativního posuzování stáří může u seniorů jednoznačně negativní postoj veřejnosti ke stáří vyvolat pocity nepotřebnosti a neužitečnosti, což ovlivní nejen subjektivní spokojenost seniora, ale také prožívání aktuální životní situace s ohledem na budoucnost.

I přes značné společenské změny je patrná snaha společnosti o vytvoření klimatu pro prožití spokojeného a kvalitního stáří. Vznikají národní programy přípravy na stárnutí a programy zdravého stárnutí, do podvědomí se více dostává i nutnost individuální přípravy na stáří. Snaha se projevuje v nabídce volno časových a zájmových aktivit pro seniory, jež vedou k aktivnímu a zdravějšímu stáří.

Dlužno podotknout, že odpovědnost za to být spokojený, leží na každém jedinci zvlášť, proto příznivé společenské podmínky, nestačí.

1.3 Demografie stárnutí a stáří

„Všeobecně se uznává, že stárnutí zahrnuje komplexní a dynamický proces zahrnující vzájemně propletené procesy stárnutí biologického, psychologického a sociálního.“ (Sýkorová, 2007, s. 47).

Stárnutí, involuce, je přirozeným stavem, provází nás celým životem, projevem skutečného stárnutí je pokles funkcí. Stárneme nepřetržitě, v jednom kuse, což si nepřipouštíme do doby, kdy je naše stáří zřejmé a lze jej přesně pojmenovat pomocí oficiálních měřítek.

Podle Zavázalové (2001) je z demografického hlediska stáří jedinců výsledkem procesu demografického stárnutí- tedy stárnutí společnosti. Rychlost a stupeň demografického stárnutí podstatně ovlivňují sociální faktory. Demografie- nauka o obyvatelstvu, je disciplínou biologické povahy, avšak probíhá ve společenských podmínkách- zkoumá složení obyvatelstva a jeho pohyb. Složení obyvatelstva je dáno jeho pohybem a dlouhodobými reprodukčními procesy. Významnou charakteristikou obyvatelstva je jeho věkové složení.

Kalvach (2004) uvádí, že základními demografickými pojmy jsou:

- Porodnost (natalita)

Je to proces rození, je jedním ze dvou základních procesů demografické reprodukce. Měří se různými ukazateli, většinou se užívá ukazatel hrubé míry porodnosti, tedy počet živě narozených dětí v daném kalendářním roce na 1000 obyvatel středního stavu. Úzce souvisí s plodností (fertilitou), ale také plodivostí (fekunditou). S těmito pojmy bývá často chybně zaměňována.

- Úmrtnost (mortalita)

Je druhým základním procesem demografické reprodukce. Úmrtnost je měřitelná hrubou mírou úmrtnosti, tedy počtem zemřelých v kalendářním roce na 1000 obyvatel středního stavu. Aby se předešlo zkreslení výsledků, provádí se úmrtnostní řád, neboli úmrtnostní tabulky. Zde se zjišťuje intenzita úmrtnosti v jednotlivých věkových ročnících a u obou pohlaví zvlášť.

- Střední délka života (naděje dožití)

Je nejvýstižnějším ukazatelem úmrtnosti, je také výsledným ukazatelem úmrtnostní tabulky. Jak píše Stuart- Hamilton (1999) udává věk, ve kterém zemřelo padesát procent dané věkové skupiny. Ti, co žijí dále, přežívají stanovenou střední délku života.

Z demografického hlediska lze na stárnutí pohlížet dvěma způsoby.

- Stárnutí absolutní

Vyjadřuje zvyšování počtu starých lidí v populaci. Obecně je jiným označením demografického stárnutí. Je výsledkem snižování úmrtnosti a prodlužování střední délky života.

- Stárnutí relativní

Znamená zvyšování podílu (procenta) starých lidí v populaci. Je výsledkem nejen snižování úmrtnosti, ale i snižování porodnosti. Může k němu docházet také v případě početního úbytku starých lidí při výrazném snížení počtu dětí dané populace.

Teorie stárnutí

Existuje množství teorií, které se pokoušejí definovat příčiny stárnutí a stáří. Odborníci disponují velikým množstvím poznatků z této oblasti, ovšem je velmi obtížné určit

jednoznačnou příčinu stárnutí, která by prokazovala dostatečnou věrohodnost a provázanost. Je tedy známo, že neexistuje jednotná vyhovující teorie.

1. Teorie o působení zevních vlivů

V rámci této teorie se pracuje s verzí, že zevní vlivy pozitivně, nebo negativně ovlivňují proces stárnutí. Organismus jedince je v tomto případě vystaven působení chemických látek a působení mikroorganismů. Dalšími důležitými aspekty jsou skladba potravy, životní styl a působení stresových a dalších psychosociálních faktorů.

2. Teorie volných radikálů

Teorie předpokládá, že buněčné membrány a další části buněk jsou poškozovány volnými radikály, což jsou sloučeniny vznikající v organismu. Nadměrná produkce volných radikálů působí škodlivým vlivem na organismus.

3. Genetická teorie

Jak píše Mlýnková (2011) délka života je předem geneticky naprogramována. V rámci geneticky propojených jedinců, lze předpokládat téměř stejný věk života v rámci podobného genetického programu. To platí zejména v rámci rodinných vazeb.

4. Teorie buněčného odpadu

Jedná se o buňky organismu, které mají kromě produkce volných radikálů tendenci produkovat též některé odpadní produkty, například lipofuscin- tukové látky. Tyto látky zůstávají uvnitř buňky a dále ji znečišťují.

Stárnutí je asynchronní proces týkající se celé populace i zároveň konkrétních jedinců. Jeho výsledkem je určitý stupeň stáří. Jedinci stárnou různou rychlostí a intenzitou. Z toho důvodu věk kalendářní nemusí být totožný s věkem biologickým, vysoký kalendářní věk nemusí být totožný s věkem sociálním apod.

Demografické stáří je měřeno podílem osob vyššího věku v populaci. Není totožné se stářím biologickým. Ovšem biologické stáří individua souvisí s demografickým stářím.

Existují jisté hranice kalendářního věku, nazývají se dolní hranice demografického stáří, které vychází na jedné straně z biologických kritérií individuálního stárnutí v dané populaci, ale na straně druhé jsou ovlivněny ekonomicky produktivní (pracovní) činností

jedince, tedy jsou ovlivněny společenskými faktory. Tyto hranice jsou konvenční, ale nejsou libovolné, ani ne vždy jednotné. Většinou se pracuje s věkem 60 nebo 65 let, coby nejčastěji používanou dolní hranicí vyššího věku, tedy demografického stáří.

Zavázalová (2001) dále upozorňuje, že dolní hranice stáří se ale neustále posouvá k vyšším věkovým skupinám. To je dáno příznivějšími socioekonomickými podmínkami, technickovědeckým rozvojem, který umožňuje rozvoj potenciálu zdraví, prodlužováním střední délky života, snižováním nemocnosti a nesoběstačnosti, což se promítá i ve zvyšování věku odchodu do důchodu a delší době aktivní pracovní schopnosti.

Periodizace demografického stáří dle Světové zdravotnické organizace :

- *Období středního věku: 45- 59 let*
- *Období raného stáří (staršího věku): 60 do 74 let*
- *Období vlastního stáří (pokročilého, vysokého věku): 75 let a více*
- *Období dlouhověkosti: 90 let a více*

2. KVALITA ŽIVOTA

Dostávám se k problematice, která úzce souvisí se spokojeností jedinců (tu objasním v poslední kapitole teoretické části) a nastavením jejich hodnotového systému.

Kvalita života je pojem, který nabývá zejména poslední dobou na významu. Otázkou kvality života se zabývá mnoho vědních oborů, jež se zaměřují na cílové skupiny téměř všech věkových kategorií, osoby s rozmanitými formami sociálních a zdravotních znevýhodnění nevyjímaje.

Pojem **kvalita** je podle Křivohlavého (2004) odvozen z řeckého slova **qualis**, nebo také **qui- kdo**? Užívá se mimo jiné ve významu jaké to je? Českým termínem pro označení kvality je **jakost**, s upřesněním jakost dobrá, prvotřídní, nebo špatná. Jakost konkrétního předmětu o němž se hovoří, označení toho, co odlišuje předmět od předmětů ostatních, od jedinců, či skupin.

Z hlediska historického je zájem o kvalitu života patrný již v dávné minulosti, zejména v římské a řecké mytologii, kde se objevuje koncept kvality života. Do psychologie je včleněn koncem 30. let 20. století.

Kvalitu života jako pojem poprvé zmínil roku 1920 Pigou ve své práci, kde se zabýval ekonomikou a sociálním zabezpečením. V době po druhé světové válce byl pojem uveden do americké politiky prostřednictvím programů „The Great Society“ a „The Beautiful Amerika“.

V 70. letech vyšlo množství publikací definujících pojem kvality života QOL (Quality of Life). Hlavním cílem bylo stanovit společné indikátory kvality života. Příkladem byl časopis Social Indicators Research (Zkoumání sociálních indikátorů) vycházející v USA a Nizozemsku od roku 1974.

V současnosti panuje mezi odborníky shoda v názoru, že volba měřicího nástroje závisí včetně vymezení pojmu kvality života především na účelu měření. Výsledkem je rozmanitost definic tohoto pojmu a množství různých nástrojů (nejčastěji dotazníky, nebo strukturované rozhovory).

Výzkumy tohoto charakteru jsou zdrojem zjištění a zmapování aktuální životní situace daného předmětu (zkoumaného vzorku jedinců), vedou k zefektivnění profesionálních přístupů v práci s nimi a podporují cílené působení na zlepšení životních podmínek, tedy zlepšení kvality života těch kterých jedinců.

2.1 Vymezení pojmu kvalita života

Vaňurová a Mühlpachr (2005) uvádějí, že kvalita života je díky svému multidimenzionálnímu, kulturně podmíněnému a značně subjektivnímu charakteru nejednoznačně definovatelný pojem. Jde tedy o pojem velmi individuální, který závisí mimo jiné na různých hodnotách daných jedinců, jež se s věkem mění.

Kvalitu života lze posuzovat z různých úhlů. V **medicínském** pojetí je kvalita života spojena se zdravím. Přítomnost zdravotních potíží, bolesti a komplikací ovlivňuje prožívání a hodnocení života na základě fyzického prožívání. Zdraví je důležitým pojmem kvality života, Ústava Světové zdravotnické organizace hodnotí zdraví, jako „*stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby.*“ (Vaňurová a Mühlpachr, 2005, s. 11)

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života jako „*jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí*“ (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 11)

Titíž autoři uvádějí, že kvalita života je ze **sociologického** hlediska v obecné rovině určena protikladem k objemovým, ekonomickým a se ziskem souvisejícím kritériím výkonnosti a úspěšnosti společenského systému. Na úrovni života jednotlivce bývá kvalita života vymezována proti konzumnímu životnímu stylu preferujícímu vlastnictví, které samo o sobě nemůže člověka plně uspokojit a kompenzovat nedostatek, či absenci uspokojování jiných potřeb, zejména duchovního charakteru.

Sociologické pojetí rozlišuje podle Maříkové (1996) shodně s Vaňurovou a Mühlpachrem (2005) čtyři určení kvality života:

1. Kvalita života jako odborný pojem, který je zaměřen na kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení. Kvalita života je zde posuzována z hlediska indikátorů životního prostředí, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, ukazatelů zdraví a nemoci, volného času a možností podílet se na zřízení společnosti. Dále podle osobní a kolektivní bezpečnosti, sociálních jistot a občanských svobod. Toto vymezení se velmi přibližuje vymezením z pohledů medicíny a ekonomie.

2. Kvalita života jako politické programové heslo, které koncentruje pozornost široké

veřejnosti k novým společenským úkolům, jež přesahují materiální úroveň a vojenskou sílu. Do politiky bylo zavedeno v 60. letech J. F. Kennedym a L. B. Johnsonem.

3. Kvalita života jako sociální hnutí („za kvalitu života“), které vzniká z iniciativ ekologických, protikonzumentských a protirasových hnutí.

4. Kvalita života jako reklamní bezobsažný pojem, nabízející nové oblasti konzumu a orientující spotřebitele na zcela novou oblast

Z **psychologického** hlediska se v souvislosti s kvalitou života hovoří o osobní pohodě (well-being). Šolcová (2004) uvádí, že well-being je hodnocením kvality života jako celku. Tento dlouhodobý emoční stav reflektuje spokojenost jedince s jeho životem. Osobní pohoda by měla být měřena prostřednictvím svých komponent emočních (pozitivní emoce, negativní emoce) a kognitivních (životní spokojenost, morálka ve smyslu zásad). Osobní pohoda se vyznačuje svou konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase.

Kvalita života bývá definována mnohými způsoby. Bluden (in Vaďurová a Mühlpachr, 2005, s. 13) *vymezuje kvalitu života pomocí čtyř oblastí spokojenosti:*

- *Fyzická pohoda*
- *Materiální pohoda*
- *Kognitivní pohoda (pocit spokojenosti)*
- *Sociální pohoda (sounáležitost ke společnosti)*

Křížová (in Payne, 2005), hovoří o třech doménách, které koncept kvality života charakterizují. Jsou to: fyzické prožívání, psychická pohoda a sociální postavení jedince (vztahy jedince k druhým lidem).

Kvalitu života je podle Křivohlavého (2002) možné posuzovat na několika možných úrovních. Hovoříme-li o **makro-rovině**, zabýváme se otázkami týkajícími se kvality života velkých společenských celků (země, kontinent). Život je zde chápán jako absolutní morální hodnota a tato skutečnost musí být především v definování kvality života respektována. **Mezo-rovina** se zabývá otázkami kvality života malých sociálních skupin (podnik, nemocnice, domov seniorů..). Důležité jsou: respekt k morální hodnotě jedince, otázky sociálního klimatu, vztahů mezi jedinci (týmy profesionálů), otázky uspokojování potřeb jedinců v rámci jednotlivců, nebo menších sociálních skupin, otázky existence sociální opory a sdílených humanitních hodnot v dané skupině. **Osobní- personální rovina** velmi

jednoznačně zahrnuje život jednotlivce. Týká se každého z nás. V rámci posuzování kvality života na personální úrovni se jedná o subjektivní posuzování jednotlivých aspektů (spokojenosti, bolesti, zdraví...) V důsledku osobního, subjektivního hodnocení jedincem se ve výsledku velmi výrazně odrazí osobní hodnoty každého z nás.

2.2 Dimenze kvality života

Pro hodnocení životní spokojenosti, existují dvě skupiny ukazatelů. Opět zde platí, že výraznější postavení zaujímá subjektivní hledisko, které má na jedincův život zásadnější vliv.

- **Objektivní kvalita života**- sleduje sociální podmínky života, fyzické zdraví, materiální zabezpečení a sociální status. Je souhrnem sociálních, zdravotních, ekonomických a enviromentálních podmínek ovlivňujících život jedinců. Je mírou, v rámci níž jedinec využívá možností svého života.
- **Subjektivní kvalita života**- je velmi důležitým hlediskem, které je zejména v otázkách zdravotního stavu nepostradatelné. Týká se jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu dané kultury a hodnotového systému. Spokojenost je závislá na jeho očekáváních a cílech. Při subjektivním hodnocení kvality života zde mají prvořadý vliv na výsledek emoce a nálada. (Vaňurová a Mühlpachr, 2005)

2.3 Měření kvality života

Kvalita života, zejména ve své subjektivní dimenzi, je ovlivňována individuálně, v úzké spojitosti s osobnostním zaměřením daného jedince a s jeho hodnotovým zaměřením. Výsledek v podobě kladného, spokojeného zhodnocení může být pro skupinu jiného vzorku jedinců zcela odlišný. Jinými slovy, to, co jeden považuje za potřebné nemusí pro druhého znamenat téměř nic. Na kvalitu života působí faktory, které mají pro různé jedince různě závažný charakter. Každý zkrátka potřebuje ke svému životu něco jiného.

Měření, nebo posuzování kvality života v rámci objektivní dimenze je zřejmé, dané a z pohledu jedince není možné projektovat do výsledku své pocity, emoce, nálady, nebo hodnoty.

Kirby (in Vadurová, Mühlpachr, 2005) poukazuje na skutečnost, že kvalita života bývá měřena ze třech základních perspektiv: v první je kvalita života měřena jako předmět objektivních ukazatelů (bariéry a zdroje okolí), druhá perspektiva obsahuje měření jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem (ta je chápána jako výsledek osobních hodnot a životního stylu, jeho prostřednictvím jsou hodnoty naplněny) a třetí perspektiva je měření jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými oblastmi života (oblasti života mají rozmanitá, nejednotná určení).

Křížová (in Payne, 2005) doplňuje, že hodnocení kvality života vyjadřuje sociální současnost a budoucnost daného jedince, jeho vztahy k druhým lidem, skupinám, kultuře.

Výběr nástroje měření závisí na přesně stanoveném cíli, na potřebách měření, na tom, zda je prostřednictvím vybraného nástroje možné získat spolehlivé výsledky, důležité je časový plán měření.

2.4 Kvalita života ve stáří

Koncept kvality života je pro stáří aktuální. Stejně jako v průběhu života, je kvalita života ve stáří ovlivňována mnoha faktory a stává se klíčovým pojmem pro posuzování života seniorů. Ve stáří mají faktory působící na úroveň života odlišný charakter zejména v otázce omezené schopnosti adaptability jedince na obtížné situace a v dalších specifických změnách, které se dostavují se zvyšujícím věkem. Tyto změny jsou častou příčinou zhoršené kvality života, avšak neznamenají úplnou ztrátu úrovně kvality života.

Jak již bylo zmíněno, do hodnocení kvality života se promítají subjektivní pocity daného jedince, hodnoty a potřeby, které se s přibývajícím věkem mění. Kvalita života je pojem značně subjektivního a individuálního charakteru.

V České republice jsou poslední dobou aktuální „Národní programy přípravy na stárnutí“, které vznikají z iniciativy vlády ČR a jsou zdrojem priorit, principů a postupů pro vytvoření a podporu co nejpríznivějších podmínek zdravého, důstojného a aktivního stárnutí a zachování kvality života ve stáří.

Pro účely této kapitoly (přiblížení konkrétních faktorů majících na kvalitu života ve stáří vliv), jsem i přes aktuální „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012“ využila návrhu staršího, který je i přes neaktuálnost podrobněji zpracován a lépe poslouží účelům práce.

„Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007“ (konkrétním pramenem návrhu je mimo jiné Mezinárodní plán stárnutí 2002), obsahuje spolu

s navrženými cíli a opatřeními definice následujících faktorů působících na kvalitu života ve stáří. Jedná se o: **zdraví, přirozené sociální prostředí, pracovní aktivitu, hmotné zabezpečení, zdravý životní styl a kvalitu života, zdravotní péči, komplexní sociální služby, společenské aktivity, vzdělávání a bydlení...**

:

Stojí za úvahu, zmínit se nyní podrobněji o uvedených aspektech:

- **Zdraví, zdravý životní styl a kvalita života**

Zdraví lze definovat „*jako pocit pohody a to tělesné, duševní i duchovní*“

(Večeřová a Procházková, in Petrásek, 2004, s. 11). Zdraví je jedna z nejdůležitějších hodnot, mnohdy o něj nepečujeme, někdy záměrně opomíjíme prevenci. Podstatný význam má pro jedince subjektivní pocit zdraví, na jehož základě lze významně ovlivnit somatické projevy a průběh nemocí. Pojem zdraví také úzce souvisí se způsobem a stylem života.

Zdravý životní styl přispívá k zajištění důstojného, aktivního stárnutí a kvality života ve stáří, je prevencí některých onemocnění a žít zdravě by mělo být v zájmu jednotlivců i celé společnosti. Jak píše Večeřová, Procházková (in Petrásek, 2004) zdraví vyžaduje zdravý způsob života a zdravý životní styl. Vláda prosazuje dlouhodobě podporovat zdravý životní styl obyvatelstva a zlepšovat pracovní a životní prostředí v rámci kvality života, vytvářet předpoklady pro udržení schopností prostřednictvím aktivizace, rehabilitace a osobního rozvoje.

- **Zdravotní péče**

Potřeba zdravotní péče se ve stáří zvyšuje, proto je nutné podporovat zájem všech generací o preventivní programy péče o zdraví, důraz na význam péče v domácím prostředí seniora, zvyšovat účinnost a efektivitu zdravotní péče o staré lidi.

- **Přirozené sociální prostředí**

Jak píše Matoušek (2003), rodina je základní jednotkou společnosti a zprostředkovává jedinci vrůstání do společnosti a kultury. Možnost žít v přirozeném, rodinném prostředí působí pozitivně ve smyslu podpory společenského postavení seniorů. V neposlední řadě je význam sociálního prostředí patrný ve snaze realizovat péči o staré lidi co nejdéle v rámci blízkých, rodiny, v domácím prostředí ve snaze poskytovat možnost realizace potřeby rituálů, zájmů, potřeb a to v prostředí, jež poskytuje pocit bezpečí a sounáležitosti.

Vedle sociálního prostředí rodiny stojí také sociální prostředí ve smyslu udržování sociálních vztahů s ostatními jedinci v rámci různých klubů, pravidelných akcí...

Mezi některá opatření vlády ČR patří: vytváření prostoru pro aktivní život, zlepšování podmínek pro život seniorů, podporovat činnost organizací v poradenské činnosti, podporování vzniku služeb a programů pro seniory...

- **Pracovní aktivita**

Práce je pro jedince prostředkem k seberealizaci a uspokojení potřeby sounáležitosti a uplatnění. Práce zdrojem uspokojení z určitého přínosu včetně finančně- ekonomické produktivity ve vztahu ke společnosti. Vágnerová (2007) upozorňuje, že odchod do důchodu znamená ztrátu profesní role a společenské prestiže.

Opatření vlády spočívají v omezení profesní diskriminace, reflektování potřeb starších pracovníků z důvodu modernizace, náležitě ocenit zkušenostní a dovedností vybavenost starších zaměstnanců v pracovním kolektivu...

- **Hmotné zabezpečení**

Je předpokladem ekonomické nezávislosti seniorů a je důsledkem celoživotní pracovní aktivity. I přes to, že finance zaujímají většinou přední hodnoty, je známo, že s přibývajícím věkem přirozeně klesá finanční náročnost na ošacení a stravu, ale narůstají výdaje v oblasti financování lékařské péče, léků, nebo bydlení. Důležité je vytvoření finanční rezervy, čemuž by mělo být v rámci přípravy na stárnutí. Opatření vlády směřují k vytvoření společenské dohody o rozsáhlé důchodové reformě a dlouhodobý systém spoření.

- **Komplexní sociální služby**

V důsledku stárnutí populace a zvýšené potřeby sociálních služeb je nutné rozvíjet sociální systémy tak, aby došlo k minimalizaci rizika sociálního vyloučení a institucionalizace seniorů. Výsledný systém sociálních služeb musí pracovat se všemi sférami života jedince a respektovat jeho práva a individuální potřeby.

- **Společenské aktivity**

Zavázalová a kol. (2001) je toho názoru, že člověk je ve stáří závislý na společnosti, ve které žije a je závislý na společenských kontaktech, jejichž ztráta je pro jedince obrovským stresem. Společenské a zájmové aktivity jsou důležité v prevenci sociální izolace, která může v důsledku odchodu do důchodu nastat. Cílem vlády je proto prosazovat aktivní účast seniorů na společenských aktivitách a využívat jejich potenciálu při tvorbě a realizaci programů.

- **Vzdělávání**

Je důležité vzhledem k aktivnímu a spokojenému životu. Je přínosem v udržení znalostí a schopností ve stáří, posiluje nezávislost, podporuje pracovní schopnosti a uplatnění na trhu práce, může podporovat mezigenerační dialog a umožňuje začlenit se do společnosti.

Cílem je poskytování co největšího množství možností celoživotního vzdělávání, které budou reflektovat potřeby a zájmy daného jedince, podporovat vznik Univerzit třetího věku a Vzdělávacích center.

- **Bydlení**

Bydlení je obzvláště důležitým faktorem, který působí na kvalitu života ve stáří. Dá se říci, že má velký vliv na to, zda senior bude moci žít ve vlastním domácnosti prostředí, či zda bude muset odejít do zařízení. To s sebou přinese ztrátu nejbližších jedinců, sociálních vazeb a kontaktů. Odpovídající úprava bydlení by měla být realizována již v rámci přípravy na stáří s dostatečným časovým předstihem.

Cílem vlády je průběžné vytváření podmínek pro důstojné bydlení seniorů s důrazem na individuální charakter vzhledem k různým potřebám seniorů, činit tak ve snaze prevence institucionalizace.

- **Spokojenost** chci uvést jako podstatný prvek, důležitý pro kvalitu života. Míra osobní spokojenosti, nebo pohody je (spolu s dalšími aspekty) jakési subjektivní kritérium, podle něhož daný jedinec hodnotí úroveň a míru kvality svého života.

3. ONEMOCNĚNÍ OMEZUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA SENIORŮ

Mimo objektivní a subjektivní činitele existuje řada dalších faktorů, které mají na kvalitu života vliv. Světová zdravotnická organizace (WHO) zkonkretizovala pomocí uvedených čtyř základních oblastí lidského života činitele působící na kvalitu života a spokojenost.

- *Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti (energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat...)*
- *Psychické zdraví a duchovní stránka (sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání...)*
- *Sociální vztahy (osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita...)*
- *Prostředí (finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových dovedností a vědomostí, fyzikální prostředí- znečištění a hluk...)*

(Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 18- 19)

Uvedená definice (zejména bod 1 a bod 2), mi byla pramenem k vytvoření kapitoly o onemocněních ve stáří a jejich konkrétnímu popisu. Chtěla jsem také poukázat na důsledky onemocnění (pohybových i psychických), jež mají vliv na kvalitu života a spokojenost ve stáří.

3.1 Stáří a nemoc

Pokusit se vymezit pojem „nemoci“ není snadné, neboť i pojem „zdraví“ se v různých výkladových podáních často, byť elementárně, liší.

Ilustrovaný encyklopedický slovník charakterizuje nemoc jako souhrn reakcí organismů (rostlin, živočichů a člověka) na poruchu rovnováhy mezi organismem a prostředím. Podle průběhu se nemoci dělí na akutní a chronické.

Modely chápání nemoci interpretované Kalvachem (2004), jsou formulovány na základě posuzování jednotlivých pojmů jako jsou na příklad adaptabilita a funkčnost u jedince.

Jsou to:

- Model klinický, který chápe nemoc, jako odchylku od normy.
- Model funkční je založen na pojetí choroby jako poruchy funkce (tělesné, duševní, sociální).
- Model adaptační- nemoc chápána jako porucha přizpůsobivosti vzhledem ke změně poměrů.
- Model ekologický- nemoc je porucha vztahu organismu s jeho prostředím.

V pojetí Hartlové a Hartla (2009) je nemoc definována jako biologická porucha harmonie biologicko- somatických potřeb.

Obecně platí, že nemoci jsou záležitostí každé věkové skupiny, jsou průvodci našeho života. Prožívání nemoci se ale liší především v závislosti na věku a osobnosti jedince. Podle Haškovcové (1990) mladí a starší dospělí lidé vnímají nemoc jako náhlou, nespravedlivou nepřízeň osudu, senioři jej ve většině vnímají jako nepřekvapující zlo.

Mladší jedinci nemoc snáší lépe díky schopnosti organismu se s nemocí po celkem krátké době vypořádat, díky funkcím, které ještě nejsou poznamenány změnami typickými pro stáří. Tito jedinci věří v časově ohraničené stonání, věří, že nemoc za nějaký čas pomine.

Senioři také doufají v brzký konec nemoci, zkušenosti ale hovoří proti pozitivním závěrům. Častější je trvalé stonání, výskyt několika onemocnění najednou. I přes úspěchy a metody dnešní medicíny není možné vyléčit nemoci natolik efektivně, jako tomu bylo dříve.

Záleží na osobnosti každého ze seniorů, jak je schopen se s určitou nemocí a omezením vyrovnat. Nemoc sice představuje komplikaci omezující různé činnosti a vzbuzující rozmanité obavy, přesto vždy neznamená ztrátu kvality života.

Průběh závažné nemoci ovšem není snadný, mohou se objevit komplikace v podobě narůstající bolesti, zároveň se může snižovat soběstačnost seniora.

Jak uvádějí Holmerová a kol. (2003), přístup k seniorům by měl být individuálně specifický a zohledňovat odlišnosti jež jsou pro stonání ve stáří typické.

Zavázalová (2001) uvádí následující specifika nemocí ve stáří:

- **Polymorbidita**

Pojem označuje současný výskyt několika, převážně chronických onemocnění najednou.

Onemocnění na sebe navzájem působí a ovlivňují se. V souvislosti s polymorbiditou nemocí seniorů se též používá pojem **polypragmazie**, kdy v důsledku užívání velkého množství medikamentů a působících látek vznikají další potíže.

- **Atypický obraz nemoci**

Nemoc se projevuje nevýrazně, netypicky. Nemoci mají sklon ke chronicitě a komplikacím. Přítomná nemoc podmíní vznik řady dalších.

- **Podmíněnost zdravotní a sociální situace**

Nemoc je sociální událostí, která mění sociální situaci seniora. V důsledku změny sociální situace seniora je ovlivněna také zdravotní situace seniora.

Uvědomění a akceptace jsou klíčové pro vhodný postup a stanovení léčby nemocí, což je v případě poklesu adaptability a změn ve funkčních procesech seniorů důležité.

Vnímání nemoci, jako nadcházejícího zdravotního stavu, s sebou nese řadu aspektů, se kterými se člověk postupně vyrovnává a přijímá je. Podle Jara Křivohlavého (1996) je důležité, pracovat s kognitivním chápáním vlastní nemoci jedincem. V průběhu nemoci je přednostně psychická stránka jedince vystavena nepříjemnému tlaku. Objevují se různé obavy z nemoci, z důsledků změny zdravotního stavu, strach z projevů nemoci, ze zdravotního a fyzického omezení.

Jedinec podněty zpracovává vnitřně a postupně se vyrovnává s následky nemoci. Vlastní pohled na nemoc může výrazně ovlivnit prožívání nemoci v pozitivním i negativním smyslu. Roli zde hrají charakterové vlastnosti, zaměření daného jedince a jeho životní filosofie.

Nejčastějšími onemocněními ve stáří jsou:

- *Kardiovaskulární nemoci (stavy po infarktu myokardu, ischemická choroba srdeční, hypertenze, cévní mozkové příhody)*
- *Nemoci pohybového ústrojí (osteoporóza, artróza, vertebrogenní syndromy)*
- *Nemoci endokrinní (především diabetes mellitus)*
- *Nemoci respirační*
- *Nemoci trávicího ústrojí*
- *Poruchy smyslových orgánů (zraku, sluchu)*
- *Duševní poruchy*

- *Úrazy*
(Zavázalova a kol. , 2001, s. 28)

3.2 Onemocnění pohybového ústrojí

Pohyb je důležitým aspektem kvality života. Podporovat co nejdéle schopnost pohybu by mělo být zejména ve stáří prioritou nejen všech seniorů, ale především osob o seniory pečujících ať již v rámci konkrétního zařízení, nebo v domácí péči.

Ve stáří je možnost pohybu omezena řadou onemocnění působících na pohyb starého člověka.

Dienstbier (2009) uvádí, že v ČR každoročně dochází zhruba k 50 000 kostních zlomenin, nejzávažnější jsou fraktury stehenní kosti (asi 11 000), k nimž dochází z 90 % u jedinců starších 65 ti let.

Následkem zlomenin stehenní kosti 25 % seniorů končí v léčebnách dlouhodobých onemocnění a 20 % je trvale omezeno v chůzi.

Osteoporóza

„Podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, WHO) je osteoporóza definovaná jako systémové kostní onemocnění charakterizované nízkou kostní hmotou a poruchou mikroarchitektoniky kostní tkáně vedoucí ke zvýšení kostní lomivosti a tím rizika kostní zlomeniny.“ (Broulík in Kalvach, 2004, s. 627)

Osteoporóza je tedy metabolické kostní onemocnění, při kterém dochází k narušení látkové výměny, úbytku kostní hmoty a k narušení vnitřní struktury kostí.

Rizikové faktory pro vznik osteoporózy dělí Broulík (in Kalvach 2004) na **neovlivnitelné** (rasa a dědičnost) a faktory **ovlivnitelné** (zdravý způsob života, především do 30 ti let, kdy vzniká vrchol kostní hmoty, který je ze 75 % určen geneticky, ale může být negativně modifikován nedostatkem pohybu, kalcia, nebo kouřením a alkoholem).

Příčiny vzniku osteoporózy jsou způsobeny deficitem vitamínu D a kalcia. Nedostatek těchto vitamínů způsobuje kostní ztrátu v krčku kosti stehenní a tím vede k výskytu kostních zlomenin u jedinců nad 65 let.

Další příčinou je snížená produkce estrogenů, které brání úbytku kostní hmoty, při jejich nedostatku vzniká u žen vyššího věku senilní osteoporóza. Důležitým předpokladem je dostatek pohybu. Při pohybu je kostem automaticky dodáván vápník, v opačném případě kosti nemají potřebu vápník doplňovat.

Projevy osteoporózy jsou individuální, průběh může být asymptomatický, nejčastěji se setkáváme s bolestmi zad, dochází ke ztrátě tělesné výšky, vyklenutí břicha a shrbení páteře.

Osteoporóza, neboli řidnutí kostí, je nejčastější příčinou zlomenin u seniorů, zejména v následujících oblastech: obratle, záprstní kůstky a pažní kost. Jak bylo již zmíněno, nejzávažnějším důsledkem osteoporózy je zlomenina krčku stehenní kosti. Její výskyt má na svědomí četná omezení seniorů. Z hlediska důsledků vyplívajících z tohoto onemocnění se jedná o onemocnění velikého významu. Podle Broulíka (in Kalvach 2004) jsou zlomeniny způsobené osteoporózou rizikem komplikací jako je imobilizace, bolest, deprese, úzkost a celková změna životního stylu.

Autoři se shodují, že z hlediska **prevence osteoporózy** je důležité, zahájit prevenci již v mladším věku, preferovat zdravý způsob života, dále dbát na dostatek vápníku ve stravě, dostatek vitamínu D, který je mimo sluneční světlo obsažen v rybách, rybím tuku a vejcích a do preventivního plánu zařadit také fyzickou aktivitu.

Artróza

„...je degenerativní proces opotřebování pohybového aparátu a chrupavky kloubů.“
(Dienstbier, 2009, s. 83)

Artróza je nejčastější kloubní onemocnění, které postihuje asi 12% populace, její výskyt stoupá s věkem. Pavelka (in Kalvach, 2004) píše, že artróza je onemocnění všech kloubních struktur. Primárně se týká kloubní chrupavky, avšak sekundárně reagují také ostatní kloubní tkáně (periost, úpony šlachové a svalové). Artróza může postihovat jakýkoliv kloub, přednostně ovšem klouby kyčelní (v této souvislosti hovoříme o koxartroze), kolenní (neboli gonartroza), páteř a klouby horních končetin (osteoartroza drobných kloubů ruky).

Rizikovými faktory a příčinami vzniku artrozy mohou být podle Pavelky (in Kalvach 2004) faktory systémové a biochemické. Mezi faktory systémové patří genetické predispozice, vyšší věk a obezita. Faktory biochemické představují abnormální tvar kloubu, trauma a dlouhodobé profesní či sportovní přetěžování kloubu.

Pavelka (in Kalvach 2004) uvádí, že **artroza se** zpočátku **projevuje** bolestí, která postupně přechází od bolesti námahové (při chůzi ze schodů) k bolesti klidové a noční.

Dalším příznakem je ranní ztuhlost kloubu, může se objevit otok, kloub může být teplejší. V pozdějších stádiích vznikají deformity, jedinec výrazně kulhá. Průběh artrozy je

rozmanitý, střídají se období klidu a prudkého vzplanutí. Uvedené příznaky mohou postupem času vést k úplnému znehybnění kloubu a ke ztrátě jeho funkce.

Prevence artrozy spočívá především v omezení obezity, která výrazně přispívá k progresi onemocnění. Je také důležité snažit se vystavovat klouby co nejmenší zátěži, popřípadě omezit dobu zátěže. Zdravý životní styl z dostatkem pohybu je zde také důležitou preventivní složkou.

3.3 Onemocnění psychická

Demence a deprese jsou příklady psychických onemocnění, která se výrazně dotýkají kvality života, životní úrovně i spokojenosti daného jedince, jeho rodiny a všech pečujících a to nejen ve stáří.

Podle Dienstbiera (2009) trpí závažnější formou **demence** ve věku 65- 75 let 5- 7 % jedinců a ve věku 85 let až 20 %. Na základě údajů vyplývajících z tiskové zprávy Alzheimer Europe z roku 2009 odhaduje Česká alzheimerovská společnost počet jedinců trpících Alzheimerovou demencí zhruba na 130 000 případů v rámci České republiky.

Deprese patří spolu s demencí a deliriem k předním psychiatrickým onemocněním stáří, jak uvádí Holmerová (2003), tyto nemoci jsou též známy pod pojmem trias gerontopsychiatrie. Může být průvodním jevem demence.

Z dostupných výzkumů je zřejmé, že incidence depresí je vyšší u seniorů žijících v institucích. Podle studie Gerontologického centra v Praze se depresivita vyskytuje u 46 % seniorů v institucích. Podle epidemiologického průzkumu populace vyššího věku trpí depresí zhruba 8 až 9 % seniorů v domácím prostředí. (Pidrman, 2007)

Demence

„ Demence je skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého onemocnění mozku. Demence je syndrom, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, nakonec ztráta schopnosti samostatné existence. ”

(Jiráková a Koukolík in Holmerová a kol. , 2007, s. 9)

Syndrom demence se může dostavit kdykoliv v průběhu života, s věkem pouze stoupá pravděpodobnost onemocnění. Někdy je výskyt demence chybně spojován se stárnutím,

pravdou ovšem je, že některé formy demence jsou diagnostikovány i podstatně mladším skupinám jedinců. Holmerová a kol. (2007) upozorňují, že demence souvisí s poklesem porodnosti, jež mají za následek zrychlování stárnutí populace.

Nejčastějšími **formami** demence jsou dle tvrzení Holmerové a kol. (2007) formy degenerativní (nejčastěji Alzheimerova nemoc), vaskulární (kortikální vaskulární demence, demence v důsledku mozkového infarktu...) a smíšené.

Příznaky demence jednotlivých oblastech:

A. Denní aktivity (activities of daily living)

Demence vede k poruchám soběstačnosti, nejprve jsou narušeny instrumentální činnosti (schopnost samostatného cestování, schopnost používat telefon, schopnost užívat léky podle doporučení lékaře, schopnost obhospodařovat vlastní finance, schopnost vyprat si prádlo), poté dochází k poruchám základních, sebeobslužných činností (koupání, stravování, oblékání, používání toalety, uléhání).

Podle Holmerové a kol. (2007) se pro posouzení úrovně soběstačnosti nejčastěji využívají testy základních sebeobslužných aktivit denního života (ADL) a testy instrumentálních aktivit denního života (IADL) autorů: Katze, Barthelové, Lawtona a Brodyho.

B. Behaviorální a psychologické příznaky (BPSD)

Může se jednat o nevhodné a nepřiměřené chování, netaktnost, depresivitu, poruchy spánku a podobně.

C. Kognitivní změny

Změny kognitivních funkcí je možné měřit například pomocí MMSE (Mini mental state examination).

Poruchy kognitivních funkcí bývají nejnápadnější ze všech přítomných symptomů.

Mezi základní symptomy poruch kognitivních funkcí patří:

- Intelektová deteriorace
- Poruchy paměti
- Poruchy orientace
- Poruchy úsudku a myšlení
- Poruchy pozornosti a motivace
- Korové poruchy
- Porucha exekutivních funkcí

Příznaky demence bychom mohly rozdělit vzhledem ke třem stádiím následovně:

1. Počínající a mírná demence

Jedinec dokáže žít samostatně bez pomoci, potřebuje jisté kompenzační pomůcky, které mu zjednodušují jednotlivé úkoly (cedulky, upomínky, návody, kartičky, telefonování za účelem připomenutí důležité povinnosti...)

V mírném stadiu demence se projevují tyto příznaky: horší vyjadřování, obtíže v nových situacích, zhoršení zejména krátkodobé paměti, zhoršení orientace v čase a prostoru, potíže v rozhodování, ztráta iniciativy a motivace, depresivní nálada, apatie, či projevy agrese, pocit zmatenosti a ztracení se v dobře známých místech.

2. Stadium středně pokročilé demence

Zde je nutný nepřetržitý dohled a dopomoc při sebeobslužných aktivitách. Holmerová a kol. (2007) uvádějí, že toto období trvá od 2 do 10 let, je nejdelším stadiem onemocnění a je velmi náročné pro rodinu a pečující.

Typickými příznaky této fáze jsou: neschopnost zapamatovat si nedávné události a jména, neschopnost vést samostatný život, zhoršování soběstačnosti, potřeba pomoci s osobní hygienou, špatné vyjadřování, bloudění, chování není přiměřené situaci, porucha orientace, mohou být halucinace.

3. Třetí stadium- syndrom pokročilé demence

Jedinci v tomto stadiu demence potřebují především ošetrovatelskou péči. Schopnost komunikace je velmi omezená. Prioritou je důstojný přístup a péče podporující v rámci možností pocity spokojenosti.

Mimo příznaky předchozích fází se projevují vzrůstající poruchy orientace v čase i prostoru, neschopnost poznat rodinné příslušníky, neschopnost porozumět a vyjádřit se.

S progresivním postupem onemocnění přichází **terminální stadium** demence, ve kterém je postižena celá osobnost jedince. Ten je veškerý čas závislý na pomoci druhých, většinou je upoután na lůžko inkontinenční, s omezenou možností verbální komunikace, vykazuje labilní oční kontakt. Nastává ztráta osobní identity.

Demence je ireverzibilním onemocněním. Z hlediska léčby je ovšem možné dosáhnout při včasné diagnóze zpomalení onemocnění. Holmerová a kol. (2007) zdůrazňují, že podle Alzheimer Europe (Evropské asociace Alzheimerovských společností) včasná diagnóza umožňuje zachování autonomie pacienta a dává mu možnost připravit se na změny, ke kterým dochází, seznámit se s nemocí, moci o ní diskutovat, předem zajistit podporu a pomoc,

vyrovnat se se svým měnícím se stavem, zařídit potřebné právní, obchodní a finanční záležitosti, rozhodnout o budoucí zdravotní péči dle osobního přání pacienta.

Přístup ošetrovatelského a pečovatelského týmu by měl být založen na principu nedotknutelnosti lidské důstojnosti, vybudování rovnocenného partnerství nezávisle na aktuální fázi demence a stavu jedince. Na této zásadě by měl být budován profesionální přístup pečujících. Jak uvádí Kubalčíková (2006), péče o jedince trpící demencí by se měla zakládat na dobrém vztahu mezi osobou a pečovatelem, bezpečném prostředí a smysluplných aktivitách.

Důležitým předpokladem je správná volba metod a terapií s cílem motivačního působení na využívání zachovaných dovedností, nácviku kognitivních funkcí, komunikace, podporování samostatnosti, vytvoření příjemného, podpůrného prostředí, posilování sebevědomí, podpora a vhodné zapojení rodiny do programu terapie. Využívanými terapiemi napomáhajícími aktivizaci jedinců trpících demencí jsou například reminiscenční terapie, orientace v realitě, ergoterapie, pet- terapie, kognitivní rehabilitace, taneční a pohybový program pro pacienty postižené demencí.

Deprese

„ Deprese je závažná protrahovaná změna nálady, myšlení a chování, doprovázena somatickými a vegetativními projevy, trvajících týdny až měsíce... ”

(Dienstbier, 2009, s.113)

Deprese se stává častým problémem téměř všech věkových skupin. Holmerová (2003) upozorňuje, že stáří není z hlediska výskytu deprese výjimkou.

Projevy deprese mohou zahrnovat:

- Apatii, nezájem o dříve oblíbené činnosti
- Smutek, zhoršení soustředění a pozornosti
- Nadměrnou únava a spánek
- Nechutenství, nebo naopak přejídání
- Vyšší konzumaci alkoholu
- Pláč
- Zdůrazňování různých, často nevysvětlitelných příznaků
- Zhoršení chronických potíží a bolestí

Deprese je závažným onemocněním, následkem kterého dochází ve stáří často k sebevraždám. Holmerová a kol. (2003) potvrzuje, že u seniorů je nejvíce dokonaných sebevražd, rizikovější skupinou jsou muži.

Podle Holmerové (2003) se staří lidé stydí hovořit o psychických problémech. Proto raději volí možnost rezignace, zanedbání péče o sebe a podobně. V některých případech staří lidé navštíví lékaře za účelem pomoci, mnohdy uvádí somatické příznaky, které neexistují (viz projevy deprese). Deprese ve stáří nemusí zcela odpovídat běžným diagnostickým kritériím, proto je zapotřebí brát na vědomí atypickou podobu onemocnění.

Příčin vzniku deprese může být několik. Zvyšující se věk přispívá k vzniku depresivity, nezávisle na ostatních faktorech. Příčiny mohou též spočívat ve zdravotních problémech, doprovázených bolestivými symptomy. Výskyt deprese ve stáří může též souviset s některými smyslovými problémy (zrakovými, sluchovými), které působí na spokojenost a kvalitu života seniorů, kvůli nimž se staří lidé mohou cítit sociálně izolovaní. Běžnými negativními faktory může být osamělost, přítomnost chronického onemocnění, negativní životní události, a podobně.

Včasně rozpoznání projevů deprese má zásadní význam, neboť deprese je onemocnění léčitelné a je možné různými prostředky dosáhnout zlepšení stavu seniora. Je nutné nepodceňovat podezřelé projevy a samotný výskyt deprese.

4. SPOKOJENOST VE STÁŘÍ

Dostávám se k nosné kapitole celé práce, k níž jsem směřovala ve všech předchozích kapitolách. Po úvodním přehledu základních pojmů a obecném popisu spokojenosti jmenuji konkrétní faktory spokojenosti ve stáří.

4.1 Základní pojmy

Spokojenost (satisfaction) je definovaná jako „*příjemný pocit z dobrých vztahů a dobře vykonané činnosti, trvá-li dlouho, je nemotivující, následuje tučnění psychické, popř. i tělesné.*” (Hartl a Hartlová, 2009, s. 556). Na jejím výsledném obrazu se podílí mnoho faktorů, některé jsou dané osobnostními charakteristikami jedince, jiné mohou pocházet ze širšího prostředí jedince a působí na něj v úrovni makrosociální roviny.

Osobní pohoda (well-being) je termín, který se užívá jako subjektivní pojem životní spokojenosti a štěstí, hodnotící celkovou kvalitu života. Křížová (in Payne, 2005) zahrnuje do konceptu kvality života spolu s fyzickým prožíváním a sociálním postavením jedince (vzhledem ke společnosti), i psychickou pohodu.

Well-being je někdy opisně užíván v pojmech: **tělesná pohoda (wellness)**, která znamená však spíše označení pro přijetí konceptu stylu života, ve kterém dominuje priorita optimálního fyzického a psychického zdraví. Zahrnuje především práci se stresem, zdravou výživu, abstinenci od alkoholu a kouření a fyzické cvičení. Dále **prožitek blaha (welfare)**, nebo dosažení a **prožití úspěchu (success)**.

Štěstí (happiness) může mít tři významy „...*šťěstí vyjádřené pomocí pocitu tělesného a duševního blaha bez tlaku neuspokojené potřeby, dále štěstí ve smyslu plnosti bytí, vědomí, seberealizace a nakonec patologicky vyjádřené štěstí, které může být nalézáno i v bolesti (masochismus).*” (Hartl a Hartlová, 2009, s. 595) Štěstí je v různých interpretacích spolu s životní spokojeností a pozitivními emocemi jednou ze součástí osobní pohody.

4.2 Osobní pohoda (well-being)

Z názvu je patrné, že se jedná o pojem široký, který může mít souvislost s mnoha pocity a postoji.

Většinou je well- being vnímán v souvislosti s duševní pohodou. Šolcová a Kebza (2004), kteří do oblasti dané problematiky výrazně přispěli svou studií, používají jiný termín osobní pohoda, *jež má dimenzi tělesnou, duševní a sociální*. Dále uvádějí, že názory odborníků se shodují v hodnocení well- being jako dlouhodobého emočního stavu, ve kterém je reflektována jedincova spokojenost se životem. Z **psychologického** pohledu je osobní pohoda zařazena na pomezí afektů, emocí a osobnostních rysů. V procesu utváření osobní pohody hrají důležitou roli také průběžně se odehrávající hodnotící vztahy, lze tedy říci, že obsahuje postojovou komponentu. Dále je známo, že osobní pohoda je nálada, která však souvisí s proměnlivými stavy, jako jsou reakce na životní situace a s aktuálním psychickým stavem s důrazem na proměnlivost nálad. Tento pohled pracuje s tím, že osobní pohoda se vyznačuje konzistencí v situacích a stabilitou v čase. Osobní pohodu lze měřit a chápat prostřednictvím kognitivních (životní spokojenost, mravní zásady) a emočních (pozitivní a negativní emoce) komponentů.

Psychologická podstata konceptu osobní pohody je podkladem pro **medicínský** úhel pohledu, ve kterém je psychologický základ rozšířen o důraz na faktory zdraví a komplexního pojetí životního stylu (zahrnujícího množství faktorů různě závažného charakteru), jež s osobní pohodou souvisejí. Významnou dimenzí komplexu osobní pohody je tělesná zdatnost, jejíž účinky na osobní pohodu jsou prokázány.

A. Hunt (2003, in Šolcová a Kebza, 2003) sumarizuje ve své přehledové studii hlavní přínosy fyzické zdatnosti ve vztahu k osobní pohodě a životní spokojenosti. Její výhody definuje jako celkový přínos jedince v oblasti nezávislosti, sebeobslužnosti a samostatnosti.

Uvedené oblasti se přirozeně se zvyšujícím věkem dostávají do popředí důležitosti. Snížená schopnost fyzické zdatnosti proto může být velmi omezující a působit výrazně na spokojenost seniorů. Huntovo pojetí by se dalo interpretovat jako nezbytnost pravidelné realizace tělesné aktivity, a to v rámci prevence a zároveň pěstování pocitu osobní pohody.

Zajímavý pohled na pojmání osobní pohody (well- being) předkládá Becker (1991, in Šolcová a Kebza, 2003), který ji definuje jako stav, rys a proces. Určujícím stavem pro osobní pohodu je podle něj nálada.

4.3 Dimenze osobní pohody

Osobní pohoda (well- being) je strukturovaná do šesti dimenzí:

1. *Sebepřijetí (self- acceptance)*
2. *Pozitivní vztahy s druhými (positive relationships with everyone)*

3. *Autonomie (autonomy)*
4. *Zvládání životního prostředí (enviromental mastery)*
5. *Smysl života (purpose in life)*
6. *Osobní rozvoj (personal growth)*

(Ryffová a Keyesová, 1995, in Šolcová a Kebza, 2003)

První dimenze **sebepřijetí** (self- acceptance), předpokládá pozitivní vztah k sobě samému, znalost svých možností, omezení a limitů, srozumění, akceptaci a přijetí aspektů své osobnosti, pozitivních a negativních vlastností a srozumění s vlastní minulostí.

Grün (2009) upozorňuje, že znalost a akceptace vlastních možností se dotýká i stáří. Jak uvádí, senioři nejsou někdy ochotni smířit se s poklesem fyzických sil, úbytkem vitality a vzrůstáním únavy a to i za cenu přemáhání na úkor zdraví. Autor je toho názoru, že stáří nepřináší ztrátu možností, ale je pouze nutné změnit způsob jejich realizace, na základě vyrovnání s konkrétními změnami.

V rámci druhé dimenze se jedná o **vřelé a uspokojující vztahy s druhými lidmi**. Jak bylo zmíněno, je zvláště ve stáří velmi důležité udržovat společenské kontakty a prostřednictvím nejbližších lidí ukotvovat pocit bezpečí a sociální sounáležitosti. Dobré vztahy s druhými mohou výrazně snížit riziko sociální izolace a depresivity. Dále je nutné usilovat o blaho (welfare) druhých a ovládat schopnost empatie.

Dimenze **autonomie** znamená nezávislost a sebeurčení, nezávislost na očekávání a hodnocení druhých jedinců, schopnost odolat sociálním tlakům, zachovat si vlastní názor a jednání. Ani ve stáří se význam autonomie nemění. Stává se velmi důležitým předpokladem spokojenosti a znamená pro daného jedince nezávislost. Sýkorová (2007) se vyjadřuje k autonomii rozhodování starých lidí. Naprostá většina zejména mladších seniorů se podle ní cítí být kompetentní v rozhodování o svých záležitostech a druhé jedince vnímají jako pouhé rádce. Koncept autonomie zasahuje do mnohých oblastí lidského života a působí bezpochyby velmi silně na pocit spokojenosti jedince.

Zvládání životního prostředí (enviromental mastery), zahrnuje přehled o dění v okolním prostředí, pocit kompetencí pro zvládání každodenních nároků, schopnost rozpoznat příležitosti a využít je k vlastním cílům a potřebám.

Pátá dimenze, **smysl života** (purpose in life), je nezbytným předpokladem spokojeného a kvalitního života. Pokud se budeme na toto téma tázat různých jedinců, pravděpodobně se všichni shodnou na tom, že smysl života má pro každého nesmírný náboj a v případě jeho ztráty či nestanovení není možné spokojeně, nebo kvalitně žít. Mít smysl života znamená i chuť směřovat k určitým cílům. Jak píší Schmuck a Sheldon (2001, in

Šolcová a Kebza, 2003) životní cíle (life goals) mají motivační charakter a daný jedinec směřuje v průběhu života k jejich naplnění. Proto tato dimenze zahrnuje cílesměrnost, pocit smyslu života přítomného i minulého a směřování k dosažení cílů.

Je přirozené, že smysl života se ve stáří může měnit. Je to ovlivněno změnou potřeb a hodnotového systému. Vágnerová (2007) uvádí, že mezi významné potřeby patří sociální kontakty a citová vazba. Proto se tato potřeba může promítat do předmětu smyslu života. Pro někoho může být ve stáří smyslem života rodina, která je zdrojem citových vazeb a příslušnosti k určité skupině.

Osobní rozvoj (personal growth), znamená otevřenost všemu novému, pocit trvalého vývoje, schopnost vidět pozitivní změny vlastního já, nepřipouštět si pocit stagnace a nudy.

Důraz na osobní rozvoj a vzdělávání je zvláště v poslední době důležitou součástí přístupu ke stárnutí a stáří. Z hlediska zachování kondice a uchování dovedností je důležité neustále rozšiřovat oblasti různých vědomostí a pravidelně konat činnosti rozmanitého zaměření. Vědomosti lze získávat v rámci celoživotního vzdělávání na konkrétních univerzitách, nebo navštěvováním přednáškových akcí. Potřeba osobního rozvoje prostřednictvím rozmanitých aktivit je také závislá na nabídce různých klubů a občanských iniciativ.

Příklady starších výkladů osobní pohody s důrazem na konkrétní dimenze:

- **Sociální dimenze osobní pohody**

Keyesová (1998, in Šolcová a Kebza, 2004) rozlišuje sociální dimenze osobní pohody jako:

- sociální integraci (obsahující hodnocení jedincova vztahu ke společnosti)
- sociální akceptaci (jedincův příznivý obraz o společnosti a lidech)
- sociální přínos- contribution (obsahující hodnocení vlastní sociální hodnoty jedince pro společnost)
- sociální aktualizaci (hodnocení potenciálu společnosti vzhledem ke svému vývoji a schopnosti mít vliv na svůj vývoj)
- sociální koherence

- **Časová dimenze osobní pohody**

Podle Okuna a Stocka (1987, in Šolcová a Kebza, 2004) má osobní pohoda tyto komponenty:

- životní spokojenost s hodnocením dosažených cílů jedince, je orientovaná do minulosti a má kognitivní obsah
- morálka ve smyslu mravních zásad, směřuje ke kázni a důvěře, je orientována do budoucna, má středně zastoupený kognitivní obsah

- štěstí (happiness) je emoční reakce na každodenní život se zaměřením na současnost a nízkým kognitivním obsahem

Seligman a Csikszentmihaly (in Šolcová a Kebza, 2004) zase uvažují o osobní pohodě následovně:

- well- being a spokojenost se životem se vztahují k minulosti
- pocit štěstí (happiness) a nadšení (flow) směřují k současnosti
- naděje (hope) a optimismus směřují k budoucnosti

4.4 Faktory ovlivňující spokojenost seniorů

Jak jsem již zmínila, well- being je dlouhodobý emoční stav, který odráží celkovou spokojenost se životem (tedy i s jeho kvalitou). Existují faktory ovlivňující intenzitu tohoto pocitu.

V obecné rovině se na celkové pohodě mohou podílet lidské potřeby a hodnoty. Například potřeba rozhodování, nebo integrace, může mít v důsledku odepření zejména pro toto životní období velmi negativní dopad na osobnost jedince.

Hodnoty jsou individuálně chápány jevy, které mají pro chování a existenci člověka zásadní význam, tudíž také souvisí se spokojeností.

Poněkud starším příkladem konkrétního zpracování výčtu faktorů, může být pojetí Mohalpa (1992, in Baštecká, 2001) rozšířeno také Šolcovou a Kebzou (2004). Některé z faktorů také figurovaly ve studii Křížové (in Payne, 2005). Je však potřeba zdůraznit, že ve vzorku respondentů této autorky bylo pouze necelých 19 % jedinců starších 55 ti let. V zásadě se jedná o pojmy, které s největší pravděpodobností mají vliv na prožívání intenzity spokojenosti. Jsou to:

- **Osobnost-** autoři se shodují, že celková životní spokojenost je nejvíce ovlivněna vysokým sebehodnocením, která je zdrojem spokojenosti. DeNeveová a Cooper (1998) tvrzení potvrdili a doplnili, že na osobní pohodu mají vliv například důvěra a emoční stabilita. Je také známo, že rozdíly ve spokojenosti jsou u introvertů a extrovertů odlišné.
- **Příjem-** Často bývá měřítkem společenského úspěchu. Po dosažení určité ekonomické úrovně klesá jeho důležitost. Spokojeni mohou být však i lidé s nižším příjmem, kteří se srovnávají s ještě nižšími příjmy. Křížová (in Payne, 2005) ale dokládá, že spokojenost vzrůstá s vyšší ekonomickou úrovní.

- **Věk-** Podle výše zmíněných autorů věk nemá zásadní vliv. Výjimkou jsou osoby nad 85 let, u kterých prudce klesá osobní pohoda. Je to způsobeno přítomností chronických nemocí a zhoršením funkcí.
- **Pohlaví-** ženy a muži se liší v prožívání spokojenosti z hlediska věku. Zatímco v mladším věku jsou spokojenější spíše ženy, ve stáří je tomu naopak.
- **Zaměstnání a vzdělání-** Spokojenost v zaměstnání je spjata s celkovou životní spokojeností. Ve stáří nastává změna v možnosti realizovat tuto potřebu, může docházet k poklesu spokojenosti. Vzdělání předpokládá vyšší spokojenost zejména u mužů (Křížová, in Payne, 2005).
- **Náboženství-** Víra bývá většinou spojována s pocitem spokojenosti. Závěry výzkumných studií hovoří nejednoznačně, i přesto jsou v tomto směru pozitivní účinky na pohodu jedince ověřeny. Zájem o víru může ve stáří narůstat a být zdrojem určité jistoty.
- **Manželství a rodina-** podle autorů je spokojenost v manželství velmi důležitou součástí osobní pohody. Osamělé osoby udávají výrazně nižší spokojenost. Oblast rodiny je nesmírně důležitá také v oblasti sociálních vazeb a vztahů a v péči o starou osobu v domácím prostředí.
- **Společenské kontakty-** Jsou zdrojem osobního štěstí a osobní pohody. Význam této oblasti dokládá fakt, že extrovertní jedinci jsou celkově spokojenější právě z důvodu aktivního vyhledávání vztahů.
- **Životní události-** Především negativní události mohou snížit pocit spokojenosti.
- **Biologické vlivy-** Ústředním faktorem je zde zdraví, které vykazuje pozitivní vztah ke spokojenosti zejména ve své subjektivní podobě. Pro staré lidi se pojem být zdravý projektuje spíše do skutečnosti být soběstačný. To znamená, že zdraví nabývá podoby ve smyslu nebýt zcela zdrav, ale moci se o sebe postarat, nepřítěžovat nejbližšímu okolí. Jde tedy o to, že starý člověk je nucen se na projevy onemocnění adaptovat a přemáhat je. Pokud se k tomu přidá subjektivní pocit zdraví, je možné výrazně ovlivnit průběh onemocnění a celkový stav člověka.

Současně s těmito vymezenými faktory působící na spokojenost ve stáří zmiňují několik doporučení podle Dienstbiera (2009), které poskytují rady pro zdravější, spokojenější a aktivní stáří.

- Po dosažení dospělosti konzultovat s lékařem výskyt závažných onemocnění v rodině, zjistit míru rizika ohrožení zdraví.

- I v případě pocitu úplného zdraví se nejpozději ve 40 letech poddat komplexní lékařské prohlídce. Následně docházet k lékaři na preventivní prohlídky, vyžadovat pravidelnost a pečlivě se seznamovat s výsledky.
- Nebýt závislým na žádné návykové látce, pokud je to možné, výrazně omezit konzumaci, nebo množství přijímané látky.
- Věnovat pozornost osobní váze, pokud jsou při měření tělesné hmotnosti pomocí BMI (indexu tělesné hmotnosti) zjištěny hodnoty nad 25, snažit se o změnu stravy ve snaze snížit tělesnou hmotnost. Pravidelně se vážit, otužovat se a cvičit v pravidelných denních intervalech. Zařadit do volného času intenzivní chůzi, jízdu na kole apod.
- Stravovat se v pravidelných intervalech, informovat se o kalorické hodnotě přijímaných potravin, dbát na klidnou konzumaci jídla. Konzumovat zeleninu, ovoce a přijímat minimálně tři litry tekutin denně. Po 18. hodině nejíst.
- Zařadit do denního režimu také tělesnou a duševní hygienu. Naučit se zacházet s dlouhodobými stresy, naučit se relaxovat. Spánek mít pravidelný a nerušený.
- Naučit se být optimistou, radovat se, umět se smát. Pěstovat harmonické vztahy s rodinou a účastnit se společenského života

5. ZJIŠŤOVÁNÍ PRIORIT SPOKOJENOSTI VE STÁŘÍ

5. 1. Cíl výzkumného šetření, formulace hypotéz, výzkumné metody

Cílem tohoto výzkumného šetření je především určit hodnotové priority spokojenosti ve stáří, popsat faktory spokojenosti a porovnat jejich význam vzhledem ke spokojenosti. Mým osobním cílem v cestě za získáním dat bylo, učinit výzkum jistým způsobem specifický. Po pečlivém promyšlení jsem dospěla ke dvěma závěrům. Za prvé jsem si uvědomila, že pro mne a mé respondenty bude mít šetření větší význam, když oslovím menší počet starých lidí. Myslím, že vyplnění stovky nebo více dotazníků bez osobního kontaktu s tím, že bych si již druhý den nebyla schopna vybavit konkrétní osoby a jejich životní osudy, by plnilo pouze polovinu poslání. Stejně tak za druhé, abych mohla pojmout výzkum osobněji, sestavila jsem si podle předlohy svůj vlastní dotazník, který se dotýká možných faktorů spokojenosti a u vybraného počtu respondentů jsem zvolila formu řízeného rozhovoru, v některých případech bylo nutné, abych informace zapisovala já sama. Posledním úkolem respondentů bylo na základě mnou vymezených pojmů hodnot tyto hodnoty číselně seřadit podle důležitosti v jejich životě.

Zformulovala jsem si následující hypotézy:

H 1: Spokojenost ve stáří nejvíce ovlivňuje finanční zabezpečení.

H 2: Spokojenost ve stáří ovlivňuje více víra než zdraví.

H 3: Nejvýznamnější prioritou spokojenosti ve stáří je rodina.

Jako výzkumnou metodu jsem si zvolila dotazníkové šetření, které se v rámci dané problematiky používá nejčastěji. Další doplňující metodou byl rozhovor. Jak je známo, rozhovor je náročná metoda, jež klade na jedince vysoké nároky a vyžaduje zkušenosti. V rámci tohoto průzkumu se mi pomocí rozhovoru podařilo získat kromě konkrétních a faktických dat ještě mnoho dalších informací potřebných k vyhodnocení dotazníku (rodinné zázemí, důležité rodinné události formující pohled respondentů do budoucího života, charakterové vlastnosti a životní postoje k osobním traumatům).

5. 2. Stručný popis cílové skupiny, časový plán

Výzkum jsem realizovala s lidmi staršími šedesáti let žijícími v blízké vzdálenosti města Benešov u Prahy (40 km jižně od Prahy), i ze samotného Benešova. Podnětem pro tuto volbu byla skutečnost, že pocházím z velmi blízké oblasti, tudíž považuji zdejší lokalitu za zajímavou a mně blízkou. Společným pojítkem vybraného vzorku (15 jedinců) bylo to, že většina seniorů žila samostatně, v domácím prostředí. Oslovila jsem seniory jak z venkovského, tak městského prostředí. O účast na dotazníkovém šetření jsem požádala jedince z okruhu známých a snažila jsem se, aby byl vzorek respondentů reprezentativní. Variabilitou jedinců jsem chtěla postihnout skutečnost odlišných potřeb spokojenosti ve stáří, to znamená vytyčit priority potřebné ke spokojenému stáří.

Na vyplnění dotazníků u zmíněného počtu jedinců jsem si nechala rezervu dva měsíce s tím, že průzkum byl zahájen v lednu 2012. Realizace průzkumu trvala nakonec jeden měsíc, tedy do února 2012. Jak jsem již uváděla, dotazníky jsem se seniory vyplňovala osobně.

Ráda bych uvedla zajímavou skutečnost ohledně mých návštěv u starých lidí. Téměř ve všech případech jsem byla velmi přívětivě přijata v jejich domácnostech, což potvrzovalo opravdu štědré pohoštění. Dokresluje to důležitost příchodu osoby, která vyslechne životní příběh seniorů a zajímá se o jejich potřeby a přání. Byla jsem sama překvapena a neodvážila jsem se ani v jediném případě štědrrou pohostinnost odmítnout.

5. 3. Výsledky empirického výzkumného šetření

Charakteristika souboru respondentů:

Tab. č. 1: Pohlaví respondentů

	Počet odpovědí	
	(absolutní)	(%)
Ženy	8	53
Muži	7	47
Celkem	15	100

Celkem jsem oslovila 15 respondentů. Z toho osm žen a sedm mužů.

Tab. č. 2: Věkové složení respondentů

	Počet odpovědí	
	(absolutní)	(%)
60- 70 let	3	20
70- 80	8	53
80 +	4	27

Z celkovém počtu respondentů je jedna pětina osob ve věku mezi 60- 70 lety. Nadpoloviční většinu tvoří senioři v rozmezí 70- 80 let a necelá třetina jsou osoby ve věku nad 80 let. Věkový průměr je 77 let. Nejmladšímu respondentovi je 69 let a nejstaršímu respondentovi je 89 let.

Tab. č. 3: Bydliště respondentů

	Počet odpovědí	
	(absolutní)	(%)
Město	9	60
Vesnice	6	40

Z tabulky č. 3 je zřejmé, že většina respondentů žije ve městě.

Tab. č. 4: Rodinný stav respondentů

	Počet odpovědí	
	(absolutní)	(%)
Manželství	1	7
Ovdovění	12	80
Rozvod	2	13

Ze všech 15-ti respondentů žije jeden člověk v manželství. Dva lidé (tj. 13 %) jsou rozvedeni a 80%, tedy nejvyšší počet respondentů, jsou vdovy a vdovci.

Tab. č. 5: Počet dětí respondentů

	Počet odpovědí	
	(absolutní)	(%)
0 dětí	1	7
1 dítě	4	27
2 děti	7	47
3 a více dětí	3	20

Z tabulky je patrné, že pětina respondentů má více než dvě děti. Nejčastější počet dětí u respondentů jsou dvě děti. Jeden respondent uvedl, že děti nemá a zbytek respondentů, tedy čtyři, mají jedno dítě.

Tab. č. 6: Životní povolání respondentů

	Počet odpovědí	
	(absolutní)	(%)
Profese související s nižším vzděláním	10	67
Ostatní	5	33

Dle mého názoru je výsledek velmi ovlivněn oblastí, ve které jsem výzkum prováděla (práce v zemědělství).

V souvislosti s původním povoláním patří nejvíce dotazovaných mezi osoby, které zastávali profese související s nižším vzděláním (kuchařka, krejčová, prodavačka). Ostatní povolání (technik, projektantka, zdravotní sestra) zastupovala jedna třetina respondentů.

Vyhodnocení výsledků dotazování

Tab. č. 7: Odpověď na otázku: Do jaké míry omezují zdravotní problémy Vaši spokojenost?

Míra	Počet odpovědí	
	(absolutní)	(%)
Minimální	0	0
Střední	4	27
Maximální	11	73

Zdravotní obtíže mají na spokojenost seniorů veliký vliv.

Tab. č. 8: Odpověď na otázku: Do jaké míry působí rodina na Vaši spokojenost?

	Počet odpovědí	
Míra	(absolutní)	(%)
Minimální	0	0
Střední	3	20
Maximální	12	80

Z tabulky vyplývá, že rodina a rodinné vztahy jsou ve vztahu ke spokojenosti respondentů velmi důležité.

Tab. Č. 9: Odpověď na otázku: Do jaké míry ovlivňuje víra Vaši spokojenost?

	Počet odpovědí	
Míra	(absolutní)	(%)
Minimální	2	13
Střední	4	27
Maximální	9	60

Podle výsledků této tabulky je zřejmé, že víra hraje u respondentů důležitou roli.

Zbývající faktory spokojenosti bych ráda vyhodnotila pomocí doslovných výpovědí seniorů. Jedná se o souvislost mezi spokojeností a pojmy: finance, volný čas a manželství.

Na otázku do jaké míry je spokojenost respondentů ovlivněna financemi, nebo aktuální finanční situací, se mi dostávalo podobných odpovědí. Jedna respondentka například uvedla „*To víte, já už toho moc nepotřebuji. Jenom abych mohla něco koupit vnoučatům, je to moje radost.*“ Další senior ještě dodává „*hlavně, aby mi peníze stačily na zaplacení léků a doktora.*“ Z uvedených výpovědí plyne menší vliv tohoto faktoru na spokojenost respondentů, čemuž odpovídá i jeho umístění v hodnotovém žebříčku (tab. č. 10).

Na otázku do jaké míry ovlivňují spokojenost seniorů záliby v rámci volného času jsem nejčastěji slýchávala odpovědi, které naznačovaly, že zásadní vliv na spokojenost nemají. Záliby uvedené respondenty se týkaly domácího úklidu, nebo činnosti na zahrádce. Jiní senioři uváděli, že se pravidelně scházejí se svými vrstevníky.

Manželství zůstává podle výpovědí u respondentů velmi důležitou hodnotou. Životní partneři většiny seniorů jsou však již po smrti. Jeden z respondentů uvedl „*měli jsme se ženou krásné manželství, po její smrti jsem se již nechtěl oženit. Zůstaly mi tu dvě úžasné děti.*“ Hodnota manželství se u mých respondentů neprojevila jako zásadní. Pokud se ale manželé dožijí společně vysokého věku, závislost jednoho na druhém je velice silná.

Sumarizace priorit spokojenosti

Tab. č. 10: Hodnotové priority respondentů

Hodnoty působící na spokojenost	Nejčastěji uvedené pořadí
Rodina	1
Zdraví	2
Víra	3
Láska	4
Hmotné zabezpečení	5
Záliby	6
Přátelství	7

Z tabulky vyplývá, že na prvním místě se umístila potřeba rodinného zázemí a na posledním místě skončilo přátelství. Důvodem tohoto výsledku může být to, že staří lidé se potřebují obklopovat nejbližšími lidmi, neboť rodina pro ně má význam bezpečí, je zdrojem jistoty a stálosti. Přátelství je naopak faktorem, který ve stáří nehraje podle získaných výsledků příliš velkou roli. Odhaduji, že důvodem může být ztráta většiny přátel a klesající potřeba navazování nových přátelských vztahů, což ale samozřejmě neznamena, že by staří lidé neměli žádné přátele. Druhé místo patří zdraví. Ve stáří je sice zdraví následkem změn ovlivněno četnými nemocemi, avšak z konkrétních výpovědí jsem usoudila, že senioři se s nemocemi a jejich projevy učí žít a snaží se o to, aby mohli co nejdéle zůstat nezávislími. I přesto ale uvedená hodnota hraje v životě každého z nás velkou roli a tudíž se jeho význam nemění ani ve stáří. Víra stojí na třetím místě, respondenti uváděli, že jim byla obrovskou oporou v těžkých životních situacích. Ve stáří je spirituální potřeba o něco větší, je to dáno transcendentním charakterem víry, na jehož základě je možné lépe snášet jak vzniklá omezení, tak se též s její pomocí lépe vyrovnat s možností odchodu. Láska má ve stáří většinou odlišnou podobu, neboť mnoho seniorů ztratilo své životní partnery. Láska je pro ně potřebným faktorem, ale je často spojena s rodinou a nejbližšími. V otázce hmotného zabezpečení se respondenti shodovali v názoru, že bez financí není možné realizovat záliby, proto jsou tyto dvě hodnoty úzce spjaté, ale potřeba aktivity ve smyslu realizování své oblíbené činnosti není u respondentů příliš velká. Ráda bych ještě dodala, že pořadí všech hodnot, zejména těch vyšších bylo velmi těsné

Shrnutí výzkumu:

Výzkum jsem realizovala na souboru patnácti respondentů žijících v odlišných životních podmínkách a majících různá hodnotová zaměření. Nejdříve jsem zjišťovala demografické údaje o respondentech (pohlaví, věk, bydliště, zaměstnání, rodinný stav a počet dětí).

Jak jsem již uvedla, cílem výzkumného šetření bylo zjistit vztahy jednotlivých faktorů, které mohou ve stáří různým způsobem ovlivnit životní spokojenost a určit hodnotové priority spokojenosti tomto období. Na základě prostudované literatury jsem jako zkoumané faktory zařadila: zdraví, rodinu, manželství, víru, finance a volný čas (zájmové činnosti).

Ukázalo se, že omezení zdravotního charakteru mají na spokojenost středně závažný vliv. Naproti tomu manželství, tedy i rodina, se ukázaly jako výrazné aspekty životní spokojenosti. Faktor víry se potvrdil jako zdroj jistoty a bezpečí. Oproti vlivu předchozích dvou položek nepůsobil ale na celkovou spokojenost příliš výrazně. Role víry se i přesto potvrdila v umístění na třetí pozici. Zajímavým zjištěním bylo, že hmotné zabezpečení nebylo u respondentů ceněno příliš vysoko a jeho vliv na spokojenost byl spíše nižší.

5. 4. Závěr výzkumu

Hypotéza č. 1: Spokojenost ve stáří nejvíce ovlivňuje finanční zabezpečení.

Z tabulky číslo 8 vyplývá, že tento faktor není určující pro spokojenost ve stáří. Respondenti jej umístili v pořadí na páté místo.

První hypotézu považují za **nepotvrzenou**.

Hypotéza č. 2: Spokojenost ve stáří ovlivňuje více víra než zdraví.

Z tabulky č. 8 je patrné, že i přes silný náboj víry se zdraví umístilo těsně před vírou.

Druhou hypotézu považují za **nepotvrzenou**.

Hypotéza č. 3: Nejvýznamnější prioritou spokojenosti ve stáří je rodina.

Tabulka č. 3 dokládá, že nejdůležitější úlohu hraje rodina.

Třetí hypotézu považují za **potvrzenou**.

Výzkum potvrdil skutečnost, že v životě každého seniora zaujímá přes veškeré důležité faktory prvořadé místo rodina a rodinné vztahy.

ZÁVĚR

Stáří je etapou života, která v mnohých jedincích vyvolává pocity nejistoty a strachu. Na tématu této bakalářské práce mne zaujala skutečnost, že spokojenost není limitována stárnutím a že i ve vyšším věku lze prožívat plnohodnotný a šťastný život. V rámci studia příslušné literatury poukazují v teoretické části práce na řadu drobných a méně významných aspektů, které vedle hlavních faktorů ovlivňují život ve stáří. Přes veškeré jiné poznatky zůstává hlavním činitelem rodina a rodinné vztahy. Význam má v tomto směru i možnost rodiny starat se o staré lidi v domácím prostředí, což je v dnešní společnosti, zejména v našem státě, chápáno jako dosti značná potíž.

Setkala jsem se mnohdy i se situací, že rodiče izolovali své potomky od lidí starých a nemocných. Důvodem bylo přesvědčení o tom, že stáří má jen negativní podobu, nemůže být spokojené a nemá mladším generacím co nabídnout. Několikrát jsem ale naproti tomu byla svědkem neobyčejných osobností starých lidí, kteří byli nejen spokojeni, ale byli velkým přínosem i pro své blízké a okolí. Pravdou je, že přes veškeré omezení ve stáří být starý neznamena být nepokojený.

Ve výzkumné části se potvrdil nesmírný význam rodinného zázemí pro staré lidi. Starý člověk nemá potřebu vyhledávat příliš nových vazeb a vztahů a naopak sílí potřeba rodiny a nejbližších, kteří jsou ve stáří zdrojem sociálního zázemí a spokojenosti. Druhým nejdůležitějším předpokladem je zdraví. Ve stáří je nutné adaptovat se na onemocnění a snažit se přemáhat jejich projevy. Hlavní potřebou je zůstat soběstačný, nebýt závislý na druhých lidech a nepřidělovat jim starosti. Poslední určenou prioritou výzkumného šetření, kterou zde chci zmínit byla víra. Ve stáří potřeba spirituálního směřování často narůstá. Odůvodnění této tendence spočívá v tom, že v důsledku různých omezení různých kompetencí má pro starého člověka zásadní význam pocit bezpečí a klidu i vzhledem k budoucnosti. Je potřeba zdůraznit, že ústřední postavení k životní spokojenosti zaujímá tvrzení, že každý z nás potřebuje ke spokojenosti něco jiného a jinak spokojenost prožívá.

Závěrem si dovoluji vyjádřit své přání, které pramení z mých dosavadních praktických zkušeností, aby senioři v naší společnosti zaujímali významnější postavení, než tomu je doposud.

POUŽITÁ LITERATURA

- BAŠTECKÁ B. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80- 7178- 550- 4
- DIENSTBIER Z. *Průvodce stárnutím, aneb jak ho oddálit* 1. vydání. Praha: Nakladatelství Radix, 2009. ISBN 978- 80- 86013- 88- 0
- GRÜN A. *Umění stárnout*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.2009. ISBN 978- 80- 7195- 316- 6
- HARTL P. HARTLOVÁ H. *Psychologický slovník*. 2. vydání. Praha: Portál, 2009. ISBN 978- 80- 7367- 569- 1
- HAŠKOVCOVÁ H. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama Pyramida, 1990. ISBN 80- 7038- 158- 2
- HOLMEROVÁ I. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou* Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 078- 8e0- 254- 0177- 4
- HOLMEROVÁ I. A kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. ISBN 80- 86541- 12- 6
- KALVACH Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80- 247- 0548- 6
- KLEVETOVÁ D. DLABAČOVÁ I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978- 80- 247- 2169- 9
- KOLEKTIV AUTORŮ Encyklopedického institutu Československé akademie věd. *Ilustrovaný encyklopedický slovník. II. díl*. 1.vydání.Praha:ACADEMIA. 1980.
- KŘIVOHLAVÝ J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002 ISBN 80- 247-0179-0
- MAŘÍKOVÁ H. *Velký sociologický slovník*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80- 7184- 311- 3
- MATOUŠEK O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. ISBN 80- 86429- 19- 9
- MATOUŠEK O. *Sociální práce v praxi- Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80- 7367- 002- X
- MLÝNKOVÁ J. *Péče o staré občany- Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978- 80- 247- 3872- 7
- PAYNE J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80- 7254- 657- 0

PETRÁSEK R. *Co dělat, abychom žili zdravě*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad. 2004. ISBN 80-7021-711-1

PIDRMAN V. *Deprese z různých úhlů pohledu II*. 1. vydání. Praha: Galén. 2007. ISBN 978-80-7262-474-4

PICHAUD C. THAREAUOVÁ I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3

STUART- HAMILTON I. *Psychologie stárnutí* 1.vydání.Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2

SÝKOROVÁ D. *Autonomie seniorů*. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5

ŠOLCOVÁ I.: *Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. Kvalita života-Sborník příspěvků z konference konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky 2004, ISNB 80-86625-20-6*

VAŽUROVÁ H. , MÜHLPACHR P. *Kvalita života- Teoretická a metodologická východiska*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita v Brně. 2005. ISBN 80-210-3754-7

VÁGNEROVÁ M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří* 1. vydání. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5

ZAVÁZALOVÁ H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8

Časopisy

KEBZA V. , ŠOLCOVÁ I. *Well- being jsko psychologický a zároveň mezioborově založený pojem*. Československá psychologie. 2003. ročník 47, č. 4, s. 333- 345

Internetové zdroje

<http://www.alzheimer.cz/>

KUBALČÍKOVÁ K. *Expertíza pro cílovou skupinu "Senioři"*. [online] Brno: Masarykova univerzita,2007 [cit. 2010-03-23]. Dostupné z:

http://www.domovypotrebnych.cz/main/docs/vyzkumuziv/vyzkumu_s.doc.

www.mpsv.cz

SEZNAM PŘÍLOH:

Příloha č. 1: Dotazník spokojenosti ve stáří

PŘÍLOHA Č. 1

DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

jsem studentkou Husitské teologické fakulty, oboru Sociální a charitativní práce. Píši bakalářskou práci, ve které se zabývám problematikou spokojenosti a kvality života ve stáří. Dotazník mi poslouží k přibližnému vydefinování potřeb, vedoucích ke spokojenosti a kvalitě života. Prosím Vás tedy o vyplnění následujících otázek.

Výsledky budou použity v mé práci. Dotazník je anonymní, proto se nepodepisujte.

<table border="1"><tr><td>ŽENA</td><td>MUŽ</td></tr></table>		ŽENA	MUŽ
ŽENA	MUŽ		
Věk:.....			
Lokalita:	VESNICE MĚSTO (odpověď prosím zakroužkujte)		
Rodinný stav:.....			
Počet dětí:.....			
Životní povolání:.....			

Nyní následují dotazníkové otázky. Odpovídejte stručně a pokud možno pravdivě. Odpovědi vpisujte do vymezeného místa, postupujte podle uvedených pokynů u otázek.

Děkuji Vám za spolupráci.

Anežka Matysová

1. Máte zkušenost s dlouholetými zdravotními problémy? Pokud ano, o jaké konkrétní nemoci se jednalo/ jedná?

2. Co je pro Vás důležitým předpokladem při zvládání zdravotních potíží? Co Vám pomáhá, nemoc překonat?

3. Do jaké míry omezují zdravotní problémy Vaši spokojenost?

1 (minimálně)	5 (středně)	10 (maximálně)

1. Účastníte se kulturních akcí, stýkáte se pravidelně s přáteli, nebo sousedy?

2. Jakým činnostem se ve volném čase nejraději věnujete?

3. Do jaké míry ovlivňuje možnost věnovat se v rámci volného času zálibám, či práci Vaši spokojenost?

1 (minimálně)	5 (středně)	10 (maximálně)

1. Máte možnost realizovat případné výdaje? (vybrané možnosti označte křížkem)

- Kultura, společenské a volnočasové aktivity, úhrada nemocničních služeb
- Nákup nových spotřebičů do domácnosti

2. Zbývají Vám finanční prostředky na případnou výpomoc vnoučatům?

3. Do jaké míry ovlivňuje Vaši spokojenost aktuální finanční situace?

1	5	10
(minimálně)	(středně)	(maximálně)

1. Prožil/ a jste život s jednou/ jedním partnerem/ partnerkou?

2. Je pro Vás manželství podstatnou prioritou v životě? (zakroužkujte odpověď)

a. ANO

b. NE

3. Do jaké míry působí na Vaši spokojenost manželství?

1	5	10
(minimálně)	(středně)	(maximálně)

1. Jak hodnotíte vztahy se svou rodinou?

2. Existují ve Vaší rodině rituály? Pokud ano, jmenujte je:

3. Do jaké míry působí rodina na Vaši spokojenost?

1	5	10
(minimálně)	(středně)	(maximálně)

1. Myslíte si, že existuje vztah mezi vírou a životní spokojeností? Pokud ano, jaký?

2. Žijete s vírou od narození, nebo jste jí získal/ a během života?

3. Do jaké míry ovlivňuje víra Vaši spokojenost?

1 (minimálně)	5 (středně)	10 (maximálně)
-------------------------	-----------------------	--------------------------

1. Jmenujte priority, které vnímáte jako nezbytné pro Váš život a které přispívají ke spokojenosti ve Vašem věku:

2. Seřaďte podle důležitosti tyto hodnoty:

- ZDRAVÍ
- LÁSKA
- VÍRA
- PŘÁTELSTVÍ
- RODINĚ
- ZÁLIBY
- HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

